براساس آخرین سرفصل دروس شورایعالی برنامه ریزی علوم پزشکی

اصول و فنون پرستاری

ویراست دوم

تالیف

بابک روزبهان

شادی دهقان زاده

اعضای هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی رشت

با مقدمه‌ی

صدیقه سالمی

عضو هیات علمی پیشین دانشگاه علوم پزشکی ایران



نشر جامعه نگر

تزریقات یادآور Buster injection

تقدیم به

همسران و فرزندان عزیزمان
که پاپاپای پیگیر و مشوّق تلاش چند ساله
در تألیف کتاب حاضر بوده‌اند...



اصول و فنون پرستاری

بر اساس آخرین سرفصل دروس و منابع اصلی وزارت بهداشت

تألیف

بابک روزبهان

شادی دهقان‌زاده

اعضاء هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت

با مقدمه

صدیقه سالمی

عضو هیأت علمی پیشین دانشگاه علوم پزشکی ایران



سرشناسه : روزبهان، بابک، ۱۳۴۴ـ
عنوان و نام پدیدآور : اصول و فنون پرستاری بر اساس سرفصل دروس و منابع اصلی وزارت بهداشت/ تالیف بابک روزبهان، شادی دهقان‌زاده؛ با مقدمه صدیقه سالمی
وضعیت ویراست : [ویراست ۲].
مشخصات نشر : تهران: جامعه‌نگر ، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری : شانزده، ۶۲۴ ص.مصور، جدول، نمودار.
شابک : ۳۷۹۰۰۰ ریال: 5-450-101-600-978
وضعیت فهرست‌نویسی : فیپا
یادداشت : واژه نامه.
یادداشت : نمایه.
موضوع : پرستاری ـ ـ راهنمای آموزشی عالی
شناسه افزوده : دهقان‌زاده، شادی، ۱۳۵۲
شناسه افزوده : سالمی، صدیقه ، ۱۳۲۷ـ ، مقدمه نویس
رده بندی کنگره : ۱۳۹۴ ۶الف ۹ ر/ RT۷۱
رده بندی دیویی : ۶۱۰/۷۳۰۷۶
شماره کتابشناسی ملی : ۳۹۹۴۱۹۲

اصول و فنون پرستاری

تالیف بابک روزبهان، شادی دهقان‌زاده
ناشر جامعه‌نگر
ویراست دوم
نوبت و سال چاپ اول ۹۴؛ شمارگان ۵۰۰۰ نسخه
صفحه آرایی سید مجتبی طبسی؛ طراحی جلد مهدی انوشیروانی
لیتوگرافی ، چاپ و صحافی خجسته
بها ۳۷۹۰۰۰ ریال
شابک ۵-۴۵۰-۱۰۱-۶۰۰-۹۷۸

نشرجامعه‌نگر
ناشر شایسته تقدیر (سال ۱۳۹۳)
ناشر برگزیده حوزه سلامت (سال ۱۳۹۳)
ناشر برگزیده حوزه جوانان(سال ۱۳۹۳)
ناشر برگزیده کشور (سال ۱۳۹۲)
ناشر برتر دانشگاهی (سال ۱۳۹۱)

دفتر مرکزی نشر جامعه‌نگر
تهران: خ انقلاب ـ مقابل درب اصلی دانشگاه تهران ـ خ فخر رازی ـ خ نظری ـ شماره ۸۴ . تلفن: ۶۶۴۹۳۷۱۶ ـ ۶۶۴۹۴۱۸۷
فروش اینترنتی: www. Jameenegar.com

فهرست

فصل ۱

انسان و نیازهای اساسی ۰۱

نیازهای فیزیولوژیک ۰۲

نیاز به امنیت و آسایش خاطر ۰۵

نیاز به عشق و تعلق‌داشتن ۰۶

نیاز به اعتبار و عزت نفس ۰۶

نیاز به تعالی و تکامل نفس ۰۷

فصل ۲

مفهوم سلامت و بیماری ۰۹

مدل‌های سلامت و بیماری ۱۰

عوامل تأثیرگذار بر باورها و رفتارهای بهداشتی افراد ۱۲

عوامل خطرساز ۱۵

فصل ۳

استرس و انطباق ۱۷

سندرم سازگاری عمومی ۱۸

مکانیسم‌های دفاع روانی ۲۱

عوامل مؤثر بر روند سازش ۲۳

پرستار و معیارهای بررسی استرس ۲۴

نقش پرستار در پیشگیری و درمان استرس ۲۵

فصل ۴

آشنایی با تاریخچه‌ی پرستاری،
تعریف حرفه‌ی پرستاری ۳۰

پرستاری از گذشته تا به حال ۳۰

نقش‌ها و وظایف پرستاری ۳۲

حیطه‌های کاری گروه پرستاری ۳۴

چارچوب تشکیلاتی حرفه‌ی پرستاری در ایران ۳۵

حوزه‌های کاری پرستاران بالینی ۳۸

فصل ۵

فرایند پرستاری ۴۲

مراحل فرایند پرستاری ۴۳

مدل‌های نظری و پنداشتی در پرستاری ۵۹

فصل ۶

کنترل عفونت ۶۳

عامل مسبب عفونت ۶۵

مخزن ۶۷

راه خروجی ۶۷

روش‌های انتقال ۶۷

راه ورودی ۶۸

میزبان مستعد ۶۸

مراحل عفونت ۶۸

روش‌های پاسخ به عفونت ۶۹

گندزدایی ۷۱

انواع اقدامات پیشگیری‌کننده و کنترل عفونت ۷۳

کنترل عفونت در مراکز بهداشتی و درمانیض ۷۶

کنترل منابع عفونت خارجی ۷۷

انواع سطوح ضدّ عفونی و استریلیزاسیون بیمارستان ۸۰

ایجاد مانع برای جلوگیری از انتقال عوامل عفونت‌ز ا...... ۸۰

توصیه‌هایی برای پیشگیری از عفونت ۸۲

فصل ۷

تأمین امنیت مددجویان ۸۴

عوامل خطرساز و خطرات تهدیدکننده‌ی ایمنی مددجویان ۸۴

شیوه‌های پیشگیری و کنترل خطرات در بیمارستان‌ها ... ۸۸

اقدامات توصیه‌شده برای مقابله با آتش‌سوزی ۸۹

انواع مختلف آتش‌سوزی و راه‌های اطفای آن‌ها ۹۰

فصل ۸

مفهوم تغذیه در مددجویان ۹۸

تغذیه‌ی مطلوب و اصول آن ۹۹

الگوی تغذیه‌یی نرمال ۱۱۰

مشکلات رایج در الگوی تغذیه‌یی ۱۱۱
نقش پرستار در تشخیص و درمان اختلالات تغذیه‌یی ... ۱۱۲
تأمین نیازهای تغذیه‌یی مددجویان در شرایط خاص ۱۱۴

فصل ۹
تعادل آب و الکترولیت‌ها ۱۱۸
آب و مایعات بدن ۱۱۸
شیوه‌های انتقال و جابه‌جایی مایعات در بدن ۱۱۹
تقسیم‌بندی انواع مایعات ۱۲۱
روش‌های حفظ تعادل مایعات در بدن ۱۲۱
نقش انواع الکترولیت‌ها و تعادل آن‌ها در بدن ۱۲۳
عدم تعادل مایعات در بدن ۱۲۵
تعادل اسید و باز ۱۲۶
مکانیسم‌های تنظیم‌کننده‌ی اسید و باز ۱۲۷
تصحیح انواع اختلالات تعادلی با جایگزینی مایعات وریدی ۱۲۹

فصل ۱۰
نیازهای دفعی ۱۳۳
بخش اول: دفع ادرار ۱۳۳
مختصری از آناتومی و فیزیولوژی دستگاه ادراری ۱۳۴
مشخصات ادرار طبیعی ۱۳۵
عوامل مؤثر در دفع ادرار طبیعی ۱۳۶
عوامل مختل‌کننده‌ی دفع ادرار ۱۳۷
اختلالات شایع ادراری ۱۳۹
نقش پرستار در پیشگیری و درمان اختلالات ادراری ۱۴۲
بخش دوم: دفع مدفوع ۱۵۴
فاکتورهای مؤثر در عمل دفع ۱۵۷
اختلالات شایع در دفع روده‌یی ۱۶۱
نقش پرستار در تشخیص و درمان اختلالات دفعی ۱۶۴

فصل ۱۱
اکسیژن‌رسانی ۱۸۰
مختصری از آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تنفسی ۱۸۰
عملکرد طبیعی سیستم تنفس ۱۸۴
عوامل مؤثر بر تنفس ۱۸۵
تظاهرات بالینی بیماری‌های تنفسی ۱۸۷
نقش پرستار در پیشگیری و درمان اختلالات تنفسی ... ۱۸۹
تست‌های تشخیصی ۱۹۱

فصل ۱۲
خواب و استراحت ۲۰۸
مفهوم استراحت و خواب ۲۰۸
فیزیولوژی خواب ۲۰۹
عوامل مؤثر بر خواب و استراحت ۲۱۳
الگوی خواب در دوره‌های مختلف زندگی ۲۱۵
اختلالات خواب ۲۱۶
تأثیر اختلالات خواب بر فعالیت روزمره ۲۲۱
نقش پرستار در پیشگیری و درمان اختلالات خواب ... ۲۲۱

فصل ۱۳
آسایش و تسکین درد ۲۲۸
ساختارهای مرتبط با فرایند درد ۲۲۸
فیزیولوژی درد ۲۳۰
نقش پرستاری در پیشگیری و درمان درد ۲۳۷

فصل ۱۴
بهداشت و مراقبت از خود ۲۴۴
ویژگی‌های مراقبت از خود........................ ۲۴۶
عوامل مؤثر بر بهداشت فردی ۲۴۸
تغییرات تکاملی ۲۴۹
تغییر در مراقبت از خود ۲۵۱
نقش پرستار در کمک به مددجویان ناتوان در مراقبت از خود ۲۵۴

فصل ۱۵
علایم حیاتی ۲۷۲
درجه حرارت بدن ۲۷۳
نبض ۲۸۰
تنفس ۲۸۶
فشار خون ۲۹۰

فصل ۱۶
حرکت و بی‌حرکتی ۲۹۸
ساختار سیستم عضلانی و اسکلتی ۲۹۹
مکانیک بدن ۳۰۵
بی‌حرکتی ۳۱۸
نقش پرستار در پیشگیری و درمان بی‌حرکتی ۳۲۲

فصل ۱۷
مراقبت از زخم ۳۳۴
نقش پرستار در پیشگیری و درمان زخم ۳۴۵

فصل ۱۸
تجویز دارو و محاسبات دارویی ۳۶۳
مکانیزم عمل داروها ۳۶۳

واکنش‌های دارویی و عوامل دخیل در آن ۳۶۷
عوامل مؤثر در عملکرد داروها ۳۶۹
شیوه‌های مختلف تجویز دارو ۳۷۱
دستورات دارویی ۳۷۸
سیستم‌های اندازه‌گیری داروها ۳۷۸
نکات مورد توجه در هنگام تجویز داروها ۳۸۴
عوارض ناشی از تزریق و راه‌های پیشگیری ۴۰۲

فصل ۱۹
مراقبت‌های قبل، حین و بعد از جراحی ۴۱۰
انواع جراحی ۴۱۱
نقش پرستار قبل از جراحی ۴۱۴
نقش پرستار حین جراحی ۴۲۶
نقش پرستار پس از جراحی ۴۲۹

فصل ۲۰
پذیرش، انتقال و ترخیص ... ۴۳۹
پذیرش مددجو ۴۳۹

فصل ۲۱
گزارش‌نویسی ۴۴۹
ثبت ۴۴۹
سیستم‌های ثبت گزارش ۴۵۱

فصل ۲۲
آموزش به بیمار ۴۶۸
انواع عوامل تسهیل‌کننده‌ی یادگیری ۴۷۱
انواع عوامل بازدارنده‌ی یادگیری ۴۷۳
جایگاه آموزش و یادگیری در مراقبت‌های پرستاری ... ۴۷۵

فصل ۲۳
اخلاق و مقررات پرستاری ۴۹۴
مراحل مختلف یک قضاوت اخلاقی ۵۰۰
معضلات اخلاقی رایج در حرفه‌ی پرستاری ۵۰۲
پرستار و قانون ۵۰۷
جرایم خاص حرفه‌یی در کادر پرستاری ۵۰۸
قوانین مربوط به ثبت گزارشات پرستاری ۵۰۹
پرستار و احکام اسلامی ۵۰۹

فصل ۲۴
اصول ارتباط و مصاحبه با بیمار ۵۱۵
اجزای مختلف یک ارتباط ۵۱۶
انواع شیوه‌های ارتباطی ۵۱۸
شیوه‌های مختلف ارسال پیام‌های غیر کلامی ۵۲۲
عوامل تأثیرگذار در برقراری ارتباط ۵۲۵
اهداف یک ارتباط درمانی ۵۲۹
تکنیک‌های رایج در ارتباطات درمانی ۵۳۲
عوامل مهم بازدارنده ارتباط ۵۳۵
مصاحبه با بیمار ۵۳۹

ضمایم
تشخیص‌های پرستاری (NANDA) ۲۰۱۳ و برنامه
مراقبت پرستاری (اختصاصی) ۵۴۳
منابع و مآخذ ۵۹۹
تست آزمایشگاهی روتین ۶۰۰
نمایه ۶۱۳

مقدمه استاد

هنگامی که در مدرسه پرستاری کرمانشاه با رتبه اول قبول شده بودم آگاهی چندانی از این رشته نداشتم. در آغازین روزهای تحصیل هنگامی که در آزمون سنجش سطح زبان انگلیسی اولین نمره را دریافت کردم، استاد زبان مرا فراخوانده و کتابی را به من معرفی کردند و آن کتاب "**مشعل سنگین**" بود. مطالعه آن کتاب نقطه عطفی در زندگی من بود چون مطالب آن کتاب الهام گرفته از تجربیات شخصی یک دانشجوی پرستاری و در برگیرنده مسائل، مشکلات، خاطرات خوب و بد، غمگین و آموزنده در دوران دانشجویی ایشان بود. هنگامی که با اشتیاق تمام مطالعه کتاب را تمام کردم ساعت‌ها به فکر فرو رفتم و متوجه شدم ورود به رشته پرستاری نیازمند داشتن خصوصیاتی خاص از قبیل شخصیت بالا، متانت، دقت فراوان و عشق عمیق به انسان است. از همان موقع بود که احساس کردم به تمام کسانی که رشته پرستاری را انتخاب میکنند ناخودآگاه علاقه‌مندم و این علاقمندی را از سال ۱۳۵۶ (به عنوان مربی مدرسه پرستاری تهران) و پس از آن از سال ۱۳۶۵ (به عنوان عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران) تاکنون که بیش از ۶ سال از دوران بازنشستگیام میگذرد همچنان احساس میکنم و بر آن معتقدم. آری: من دانشجویان پرستاری را دوست دارم زیرا احساس میکنم به رشتهای واره شدهاند که نیازمند شناخت و عشق به خود و هم نوعان دیگر است. برداشتن این مشعل سنگین تلاش بی‌وقفه و استقامت میخواهد و در این رشته همه چیز درباره روح و جسم یک انسان و بیمار شامل اخلاق، ارتباط، قانون و تخصص را خواهید آموخت؛ و با انجام این کار تاثیری شگرف بر تمام زمینه‌های زندگی دیگران و خود خواهید گذاشت که به هیچ عنوان نمیتوان آنرا نادیده گرفت. از نمونه‌های کوچک آن در زمان دانشجویی ما (سال اول) می‌توانم به همکاری با کارکنان بهداری جهت ریشه‌کن کردن فلج اطفال در شهرها و روستاهای کشور نام ببرم، زمانی که فلج اطفال داشت بیداد می‌کرد، و ما بعدها فهمیدیم که این کار به ظاهر ساده ما چندین هزار کودک را از ابتلا به فلج اطفال محافظت کرده است. یا از نمونه‌ای ساده دیگر می‌توانم به آموزش مادران و زنان باردار در درمانگاهها درباره رژیم غذایی، فعالیت‌ها و مضرات سیگار اشاره کنم که میتواند تاثیری تعیین‌کننده در حفظ سلامت مادران و نوزادان داشته باشد و از این نمونه‌ها در حرفهی پرستاری فراوان است. اکنون پس از گذشت ۴۰ سال از فعالیت من در این حرفه می‌دانم که پرستاران ایرانی با دانش و مهارت و هنری که دارند می‌توانند با وجود کمبودها و سختی‌های پیشرو، نقش بسیار مهم و روزافزونی در توسعه سلامت ایران ایفا کنند.

اکنون در تمام دنیا نقش پرستاران از جایگاه ویژهای برخوردار است و از آنجا که دانش پزشکی به ویژه در پرستاری باید روزآمد باشد ، خوشبختانه در کشور ما نیز شرایطی حاکم است که کتاب‌های منتشر شده در جهان به سرعت در دسترس دانشجویان قرار می‌گیرد و توسط مترجمان با درایت و با کیفیت خوب تهیه و تنظیم می‌شود. اما از آنجایی که کشورهای مختلف دارای فرهنگ و ویژگی‌های منحصر به خود هستند و این مساله تا حدودی آنها را از هم متمایز میکند، کتاب‌های تالیفی از نظر توجه به این خصوصیات و تفاوت‌ها جایگاه ویژه‌ای در بین دانشجویان دارند، و به این دلیل کتاب حاضر می‌تواند پاسخگوی بخشی از نیاز آموزشی شما دانشجویان باشد.

امروزه با توجه به پیشرفت فناوری‌های ارتباطات، انحصار تمرکز نشر علم و دانش از تهران به شهرستان‌ها تقریبا رو به پایان است، چون اغلب دانشگاه‌ها و مراکز و اساتید شهرستان‌های مختلف

به کمک همین ارتباطات نوین براحتی می‌توانند از آخرین پیشرفت‌های علمی، آموزشی و پژوهشی بهره بگیرند و حتی در بسیاری موارد می‌توانند آثار ارزنده‌ای در زمینه‌های مختلف به جامعه علمی و آموزشی کشور و جهان ارائه دهند. کتاب حاضر نیز توسط دو نفر از پژوهشگران و معلمان سختکوش حرفه‌ی پرستاری طی سال ها تلاش بی‌وقفه با کمک همین فناوری‌های نوین و با استفاده از جدیدترین منابع درس اصول و فنون تالیف شده است. اینجانب مطالعه و معرفی آن را به همکاران و پرستاران توصیه می‌کنم.

صدیقه سالمی

پیش گفتار

پرستاری و علوم وابسته به آن، هم‌چون دیگر علوم، طی نیم‌قرن اخیر شاهد جهش بی‌سابقه و شگرفی در سطح دنیا بوده است. گسترش زندگی ماشینی، کاسته‌شدن از میزان فعالیت‌های فیزیکی، سست‌شدن پایه‌ی کانون‌های خانوادگی، جداافتادگی انسان‌ها از یک‌دیگر، گسترش آلام روحی و پیدایش گونه‌های جدید بیماری‌های عفونی همراه با صدها معضل دیگر، جهان امروز را به ورطه‌یی کشانده که به‌رغم ظاهر خوش‌نقش و نگار و پیشرفت‌های عظیم تکنولوژیک آن، انسان‌ها را بیش از پیش آسیب‌پذیر و رنجور و محتاج کمک و مراقبت ساخته است. در این شرایط، پرستاران به‌عنوان افرادی‌که ماهیت و زیربنای اصلی حرفه‌شان برپایه‌ی کمک و مراقبت از انسان‌ها بنا شده است، دارای مسؤولیتی صد چندان گردیده‌اند.

پیچیدگی جسم و روح انسان، در کنار پیچیدگی زندگی ماشینی، پرستاری را به سطحی از وسعت و تخصص رسانده که امروزه دیگر یک پرستار بدون آگاهی از علوم مختلف زیستی، پایه و علوم انسانی نمی‌تواند الگوی مناسبی از خدمات استاندارد پرستاری ارایه نموده و مراقبت صحیحی از مددجویان به‌عمل آورد. تعداد بی‌شمار کتب تألیف‌شده در زمینه‌ی علوم پرستاری، شمار روزافزون تحقیقات و مقالات علمی و افزایش قابل توجه دانشکده‌های پرستاری در سطح ایران و جهان، همگی گواه محکمی بر اثبات این ادعا می‌باشند. در این بین، تألیف کتبی که در زمینه‌ی اصول تئوری و مهارت‌های پایه‌ی پرستاری به‌نگارش درمی‌آیند، در میان صاحب‌نظران از جایگاه ویژه‌یی برخوردار هستند. با درک اهمیت این موضوع در کشور ما نیز طی سالیان اخیر کتب چندی در زمینه‌ی مفاهیم و اصول اولیه‌ی پرستاری به زیور طبع آراسته شده‌اند که همگی ترجمه‌های مستقیمی از متون خارجی بوده‌اند. بنا بر تأیید اکثر مدرسین رشته‌ی پرستاری، اصلی ترین معضل تدریس کتاب‌های مذکور که در غالب واحد اصول و فنون پرستاری ارائه می گردند، جامع‌نبودن مطالب آن ها،عدم هماهنگی کامل با سرفصل‌های ارایه‌شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هم‌چنین عدم انطباق با الگوهای فرهنگی جامعه‌ی ایران می‌باشند.

کتاب حاضر نیز که با درک این معضل، پس از یک تلاش پیگیر چندین ساله و نت‌برداری از ده‌ها متن لاتین و فارسی از سوی مؤلفین به رشته‌ی تحریر درآمده، پاسخی است برای رفع نیازهای اساتید و دانشجویان رشته پرستاری در زمینه‌ی کمبود یک منبع جامع و کاملا منطبق با عناوین جدیدترین مصوبه‌ی وزارت بهداشت برای تدریس واحد اصول و فنون پرستاری.

امید است که حاصل این تلاش بتواند نقشی هرچند کوچک در روند بهینه‌شدن آموزش دانشجویان پرستاری و هم‌چنین پیشرفت و توسعه‌ی این علم مقدس در کشور عزیزمان ایران ایفا نماید.

تا خدا چه خواهد و نظر خوانندگان چه باشد!

پیش‌گفتار ویراست جدید

بنام خدایی که یکی است و هیچ نیست جز او

از نخستین ویراست کتاب حاضر تا به حال زمان زیادی سپری نشده است. احتمالا" دانشجویانی که در آن زمان توانسته بودند با ابتیاع نخستین نسخه های این کتاب واحد اصول و فنون خود را پاس نمایند اکنون دیگر فارغ التحصیل شده و در گوشه و کنار این سرزمین پهناور مشغول انجام وظیفه مقدس خود می‌باشند. وظیفه ای که سرلوحه آن را حراست و پاسداری از سلامت مردم تشکیل می‌دهد. از همان زمان تا به امروز که ششمین چاپ این کتاب را پشت سر گذاشته‌ایم بزرگترین هدفم آن بوده که مطالب این مجموعه بتواند حرفه پرستاری را به درستی به دانشجویان این رشته معرفی کرده و در راه ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری به شاغلین آن کمک نماید.

اندیشیدن به این موضوع که عده ای جوان سرشار از امید و انگیزه زندگی، پرستاری را به عنوان رشته تحصیلی منتخب خود برگزیده و از کتاب تو برای آشنایی با الفبای آن استفاده می‌کنند احساس رضایتی بس خوشایند به همراه داشته که البته در فرجام مسئولیتی بس سنگین و هراس انگیز نیز به دنبال می‌آورد. از کشاکش این لذت و هراس سوالی دائما" سر بیرون زده و ذهن تو را درگیر خود می‌کند: این کتاب تا چه حد توانسته اهداف مورد نظر تورا محقق کند؟ خوشبختانه علیرغم تمامی نقایص و کاستی‌های موجود در آن تاکنون وجود دو عامل مرا به درستی کارخویش امیدوار ساخته است.

اول توجه و اقبال عمومی نسبت به کتاب می‌باشد که شش بار تجدید چاپ در یک دوره زمانی نسبتا" کوتاه گواه محکمی بر این ادعا محسوب می‌شود. دومین عامل مشوق، نظرات و پیشنهادات متعددی بوده است که در طی این مدت از سوی دانشجویان و مدرسین رشته پرستاری دریافت کرده و در اکثر آنها خواستار تجدید نظر و اصلاح برخی ازمطالب کتاب شده بودند. مجموعه این عوامل مرا بر آن داشت که اینک پس ازگذشت از یک دوره پنج ساله ویراست جدید کتاب اصول و فنون را به جامعه پرستاری ایران تقدیم کنم. حاصل تلاش‌های اینجانب برای تصحیح و غنی‌سازی مطالب کتاب در این ویرایش را به طور اجمالی می‌توان در چند نکته خلاصه نمود که اعم آنها شامل رنگی شدن تمامی تصاویر کتاب، اضافه کردن تصاویر جدید در بعضی از فصول، جرح و تعدیل پاره‌ای ازجزئیات، اضافه نمودن تیترها و مطالب جدید در اکثریت بخش‌ها و بالاخره نگارش یک فصل کامل و جدید تحت عنوان "اصول ارتباط، شرح حال نویسی و مصاحبه با بیمار" می‌باشند.

آرزو می‌کنم که مجموعه حاضر بتواند سلیقه سخت پسند فرهیختگان رشته پرستاری را تامین کرده و چراغ راه دانش اندوزی برای دانشجویان جدیدالورود این رشته گردد.

بابک روزبهان - شهریور ۱۳۹۴

فصل ۱

انسان و نیازهای اساسی

بابک روزبهان

اهداف آموزشی این فصل

پس از مطالعه، انتظار می‌رود فراگیر قادر باشد

۱. نیازهای اساسی انسان را نام برده و براساس اولویت، آن‌ها را طبقه‌بندی نماید.
۲. مثال‌هایی از نیازهای مختلف مددجویان بستری عنوان کند.
۳. راهکارهایی را برای رفع نیازهای مختلف مددجویان بستری مشخص نماید.

تمامی انسان‌ها برای رسیدن به حد مطلوب سلامت و تندرستی نیازهایی دارند که باید برطرف شوند. چنین نیازهایی که به‌نام نیازهای اساسی[1] شناخته می‌شوند در همه‌ی افراد مشترک بوده و به سطوح مختلفی تقسیم می‌گردند. این سطوح از نیازهای اولیه و فیزیولوژیک مثل هوا، آب و غذا که در تمامی جانداران مشترک است شروع شده و به‌تدریج به مراتب بالاتری مثل اعتبار، ارزش نفس و تعالی که خاص انسان است می‌رسند.

اصل مسلم برای برآورده‌شدن نیازهای عالی‌تر آن است که ابتدا نیازهای سطوح پایین‌تر رفع شوند و در نتیجه تلاش هر فرد برای رفع نیازهای عالی‌تر نشان‌دهنده‌ی حرکت او به سمت سلامت جسمی و روانی می‌باشد.

بسیاری از مراقبت‌های پرستاری با هدف برطرف‌کردن نیازهای مددجویانی که در رفع احتیاجات خود ناتوان هستند سازماندهی می‌شوند. پرستار می‌تواند با شناخت و آگاهی کامل از نیازهای اساسی انسان میزان توانایی‌ها و محدودیت‌های هر فرد در رفع این نیازها را شناسایی نموده و از این طریق برنامه‌ی مراقبت پرستاری خود را بنیان نهد.

نیازهای انسان و چگونگی رفع این نیازها سال‌ها موضوع مورد علاقه محققین علوم اجتماعی و بهداشتی محسوب می‌شود. آنان با انجام مطالعات گسترده در این زمینه انگیزه‌های رفتاری و عوامل مولد بیماری را مورد شناسایی قرار داده تا از این طریق به ارتقای سلامت انسان کمک نمایند.

بر اساس این مطالعات تئوری‌های مختلفی ارایه شده‌اند که مطرح‌ترین و شناخته‌ترین آن‌ها نظریه آبراهام مازلو[2] می‌باشد.

این نظریه که امروزه در اکثر مدارس پرستاری به‌عنوان یک چارچوب جهت بررسی نیازهای انسانی به دانشجویان آموزش داده می‌شود، نیازهای اصلی هر فرد را در ۵ گروه طبقه‌بندی کرده و آن‌ها را به شکل یک هرم نمایش می‌دهد.

1. Basic needs

2. Abraham Maslow



■ شکل ۱ـ ۱
سلسله‌مراتب نیازهای انسان از دیدگاه مازلو

در این هرم نیازهای اولیه و زیربنایی در طبقات پایین‌تر و نیازهای عالی‌تر به ترتیب اولویت در طبقات بالاتر قرار می‌گیرند.

به‌نظر مازلو همیشه لازم است که در ابتدا نیازهای سطوح پایین هرم رفع گردند تا فرد بتواند در جهت رفع نیازهای طبقات بالاتر اقدام نماید. نیازهای بیان‌شده توسط مازلو برحسب تقدم از پایین به بالا عبارتند از:

۱. نیازهای فیزیولوژیک[1]
۲. نیاز به امنیت و آسایش خاطر[2]
۳. نیاز به عشق و تعلق‌داشتن[3]
۴. نیاز به اعتبار و عزت نفس[4]
۵. نیاز به تعالی و تکامل نفس[5]

۱ـ نیازهای فیزیولوژیک

این نیازها که شامل هوا، آب، غذا، دفع، استراحت و خواب و تنظیم درجه حرارت می‌باشد از بقیه‌ی احتیاجات انسان سبقت گرفته و حفظ ثبات داخلی بدن یا هوموستاز[6] را به‌عهده دارند.

برآوردن این نیازها ضروری بوده و اگر دست‌یابی به آن‌ها صورت نگیرد لازم است فوراً متوسل به اعمالی شد که زندگی فرد نجات یابد. به‌عنوان مثال اگر اشکالی در تنفس فرد به‌وجود آید و هوا به وی نرسد لازم است فوراً با وسایل گوناگون مثل راه هوایی مصنوعی[7]، لوله تراشه[8] و آمبوبگ[9] هوا را وارد ریه‌های وی نمود و در غیر این صورت شخص ظرف چند دقیقه زندگی خود را از دست خواهد داد. به‌دلیل حیاتی‌بودن نیازهای فیزیولوژیک، مقدار زیادی از انرژی هر پرستار صرف کمک به برآورده‌شدن این نیازها در مددجویان می‌شود.

نیاز به هوا

اکسیژن موجود در هوای استنشاقی یکی از نیازهای اصلی انسان است که در هر لحظه از زندگی برای ادامه حیات وی ضروری می‌باشد. میزان نیاز بافت‌های مختلف بدن به اکسیژن با هم متفاوت است. به‌عنوان مثال عضلات اسکلتی برای مدت کوتاهی می‌توانند بدون اکسیژن به فعالیت خود ادامه دهند که این کار از طریق متابولیسم بی‌هوازی صورت می‌گیرد. در مقابل بافت‌های دیگری مثل قلب، مغز و ریه‌ها در مقابل کاهش اکسیژن بسیار حساس بوده و ممکن است در عرض چند دقیقه دچار آسیب‌های غیرقابل جبرانی گردند. اختلال در اکسیژن‌گیری و برآورده‌نشدن این نیاز موجب بروز علایم و نشانه‌هایی می‌شود که تعدادی از آن‌ها عبارتند از: خواب‌آلودگی[10] و گیجی[11] (به‌علت کاهش اکسیژن‌رسانی به مغز)، عدم تحمل وضعیت درازکش و استراحت در وضعیت نشسته (جهت کمک‌گیری از نیروی جاذبه برای هواگیری ریه‌ها)، تنفس تند و سطحی (جهت بهره‌گیری هرچه بیشتر از اکسیژن هوا)، بازشدن پره‌های بینی، منقبض‌شدن عضلات فرعی تنفسی در کتف و پهلوها و بالاخره کبودشدن پوست و غشاها (سیانوز)[12] که در مراحل پیشرفته‌تر دیده می‌شود.

در صورت وقوع چنین علایمی پرستار می‌تواند به طرق گوناگونی همچون دادن اکسیژن، قراردادن مددجو در حالت نشسته، فراهم‌کردن محیط مناسب برای استراحت و تجویز به موقع داروهای تجویزشده توسط پزشک به وی کمک نماید.

1. Physiological needs
2. Safety needs
3. Needs for love and belonging
4. Esteem needs
5. Needs for self actualization
6. Hemostasis
7. Air way
8. Ambubag
9. Tracheal tube
10. Lethargy
11. Confusion
12. Cyanosis

نیاز به آب

انسان‌ها در هر سنی نیاز دارند تا بین مقدار مایعات دریافتی و دفعی بدن خود تعادل برقرار نمایند. مایعات اغلب از راه دهان و گاهی به‌طور مستقیم از طریق ورید به بدن وارد شده و توسط ارگان‌هایی مثل کلیه، روده، ریه‌ها و پوست از بدن دفع می‌شوند. هرگونه اختلال در دریافت مایعات و یا دفع آن‌ها ممکن است منجر به بروز کم‌آبی[1] یا ادم[2] گردد.

توجه به جذب یا دفع مایعات به‌خصوص در افراد پیر و ناتوان، کودکان خردسال و افراد دچار سانحه مثل سوختگی و خونریزی از اهمیت وافری برخوردار است.

کم‌آبی که معمولاً با ازدست‌دادن مواد معدنی بدن یا الکترولیت ها[3] همراه می‌باشد ممکن است به‌دنبال تب[4]، استفراغ[5] و اسهال[6] طولانی‌مدت و یا سوانح مختلف بروز نماید.

ادم نیز که به جمع‌شدن غیرعادی مایع در فضاهای میان بافتی اطلاق می‌گردد ممکن است در نارسایی قلبی، کلیوی یا کبدی و بدخیمی ها[7] تظاهر نماید.

علایم و نشانه‌هایی که نمایانگر کم‌آبی هستند شامل ازبین‌رفتن خاصیت ارتجاعی پوست[8]، برافروختگی و گرم شدن پوست بدن، کاهش ترشح اشک[9] و بزاق[10]، باردارشدن زبان، کاهش حجم ادرار[11] و گیجی و بیقراری می‌باشد.

نکته:

برای ارزیابی قابلیت ارتجاعی پوست باید قسمتی از بدن را بین دو انگشت گرفته و آن را کشید. اگر پوست در همین وضعیت باقی مانده و بسیار کند به حالت اول خود برگشت نماید نشان‌دهنده‌ی کاهش قابلیت ارتجاعی آن و کم‌آبی بدن می‌باشد.

ادم نیز با توجه به علایمی مثل افزایش قطر مچ و ساق پا در حالت ایستاده یا افزایش قطر ناحیه ساکروم[12] در حالت خوابیده و افزایش غیرعادی و سریع وزن بدن مشخص می‌گردد.

1. Dehydration
2. Oedema
3. Electrolytes
4. Fever
5. Vomiting
6. Diarrhea
7. Malignancies
8. Skin turgor
9. Tear
10. Saliva
11. Oliguria
12. Sacrum

در صورت بروز چنین علایمی پرستار می‌تواند با اقداماتی همچون کنترل دقیق میزان جذب و دفع مایعات، افزایش یا کاهش مایعات دریافتی و همچنین تجویز به‌موقع داروهای تجویزشده از سوی پزشک مثل کلرور پتاسیم (KCl) و مدرها به مددجو کمک نماید.

نیاز به غذا

اگرچه بدن کاهش دریافت مواد غذایی را در مقایسه با کاهش مایعات به‌مدت طولانی‌تری تحمل می‌کند، اما کاهش دریافت مواد غذایی در موارد شایع‌تری اتفاق می‌افتد. غذا پس از خورده شدن در دستگاه گوارش تجزیه شده و مواد ضروری برای سوخت و ساز و فعالیت ارگان‌ها مثل گلوکز، اسیدهای آمینه و اسیدهای چرب را در اختیار سلول‌های بدن قرار می‌دهد.

سریع‌ترین و راحت‌ترین راه برای کسب انرژی در بدن، سوخت و ساز گلوکز می‌باشد. وجود گلوکز به‌ویژه برای ادامه‌ی حیات و فعالیت سلول‌های مغزی الزامی است. در صورت عدم دسترسی به گلوکز، ابتدا گلیکوژن ذخیره‌شده در کبد تبدیل به گلوکز شده و در صورت اتمام ذخایر گلیکوژن، منابع ذخیره شده چربی و پروتئین بدن جهت کسب انرژی مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. ادامه این روند موجب سوء تغذیه و بیماری فرد خواهد شد.

کمبود ویتامین‌ها و مواد معدنی نیز باعث اختلالات گوناگونی می‌شود که از آن جمله می‌توان به زخم‌های ناشی از کمبود ویتامین C یا ضعف و شکستگی استخوان ناشی از کمبود ویتامین D و کلسیم اشاره نمود.

بروز علایم و نشانه‌هایی مثل کاهش وزن، کاهش سطح پروتئین‌های سرم، کاهش قطر توده عضلانی، خستگی، رنگ‌پریدگی و زخم‌های عودکننده و مقاوم در دهان و لثه‌ها می‌توانند دلایلی مبنی بر اختلال در رفع نیازهای تغذیه‌یی مددجو باشند.

پرستار در چنین مواردی ممکن است به‌صورت مستقیم در تغذیه مددجو دخالت نموده و از طریق سوند معده یا ورید مواد غذایی لازم را به بدن فرد ناتوان برساند (مثل مبتلایان به سکته مغزی و فلج اندام‌ها) یا به شکل غیرمستقیم از راه آموزش، مواد غذایی مفید و مضر را بسته به نوع بیماری به فرد یاد دهد (مثل افراد دیابتی).

نیاز به دفع[1]

مواد دفعی بدن که در نتیجه متابولیسم تولید می‌شوند توسط ارگان‌هایی مثل ریه، پوست، کلیه‌ها و روده‌ها دفع می‌شوند. ریه‌ها دی‌اکسیدکربن تولیدشده توسط متابولیسم سلولی را از طریق تنفس به بیرون دفع می‌کنند. اختلال در دفع این گاز ممکن است از طریق اسیدی‌شدن خون[2] باعث بروز اختلالات شدید و حتی مرگ مددجو شود.

پوست آب و سدیم را به‌صورت عرق از منافذ خود دفع نموده و با این کار به تنظیم دمای بدن کمک می‌کند. گرچه تعریق پوست، ممکن است گاهی اوقات محسوس نباشد، اما به‌طور متوسط هر شخص روزانه حداقل cc۲۰۰ مایع از طریق عرق دفع می‌نماید. افرادی که دچار تب‌های طولانی‌مدت بوده و یا در هوای گرم و مرطوب فعالیت می‌کنند ممکن است مقدار زیادی آب بدن خود را از طریق پوست دفع کرده و مستعد بروز علایم کم‌آبی شوند.

کلیه‌ها اصلی‌ترین ارگان دفعی بدن، مسؤولیت دفع مایعات اضافی، الکترولیت‌ها، یون‌های هیدروژن و مواد اسیدی را به‌عهده دارند. مقدار ادرار هر شخص به‌طور طبیعی وابسته به میزان مایعات دریافتی و حجم خون در گردش وی می‌باشد. در صورتی که هر کدام از آن‌ها کاهش یابد مقدار ادرار فرد نیز کم خواهد شد.

مبتلایان به اختلالات کلیوی نیز در مقدار یا کیفیت مواد دفعی موجود در ادرار دچار مشکل می‌شوند، به‌طوری‌که انباشته شدن این مواد در بدن ممکن است حیات فرد را در معرض تهدید قرار دهد.

مقداری از آب دفعی بدن نیز همراه با تفاله مواد غذایی از طریق روده‌ها دفع می‌شوند. هرگونه افزایش در حرکات روده مثلا در اسهال‌ها می‌تواند موجب دفع مقدار زیادی از آب و الکترولیت از بدن گردد. این حالت به‌خصوص در افراد پیر یا کودکان خردسال به‌سرعت موجب بروز علایم کم‌آبی خواهد شد.

اختلالات ادراری را می‌توان از طریق علایمی همچون بی‌اختیاری ادرار[3]، سوزش هنگام ادرارکردن[4] یا کاهش میزان ادرار شناسایی کرد. حداقل مقدار دفع ادرار نباید از cc۳۰ در ساعت یا cc۵۰۰ در شبانه روز کمتر شود.

اختلال در دفع روده‌یی نیز با علایمی همچون تغییر در الگوی دفع، بی‌اختیاری مدفوع، یبوست[5] و اسهال نمایان می‌گردد.

دخالت پرستار در این‌گونه موارد ممکن است شامل اقدامات گوناگونی همچون کنترل جذب و دفع، تغییر رژیم غذایی، حفظ حریم شخصی، مهیاکردن شرایط مناسب برای دفع ادرار و مدفوع، تنقیه[6] و یا سوندگذاری باشد.

نیاز به استراحت و خواب

استراحت منظم یکی دیگر از نیازهای اساسی و فیزیولوژیک انسان محسوب می‌شود. میزان خواب مورد نیاز برای هر فرد با افراد دیگر متفاوت بوده و به عواملی همچون کیفیت خواب، وضعیت سلامتی، میزان فعالیت، شیوه‌ی زندگی و سن مددجو بستگی دارد.

شرایطی مثل ابتلا به بیماری‌های مزمن، حاملگی[7]، شیردهی[8]، جراحی یا استرس‌های جسمی و عاطفی می‌توانند نیاز به خواب را دستخوش دگرگونی سازند.

در صورت ناکافی‌بودن خواب، تغییراتی در الگوهای رفتاری و ظاهر فرد پدید می‌آید. از جمله این تغییرات می‌توان به سیاه‌شدن دور چشم، سر و وضع آشفته و ژولیده، احساس خستگی، کاهش انگیزه، تحریک‌پذیری[9] یا گوشه‌گیری[10] اشاره نمود.

اقدامات پرستاری برای کمک به رفع نیازهای استراحتی مددجو شامل تنظیم الگوی مناسب برای خواب و فعالیت، توجه به عادات زمان خواب مثل قدم‌زدن، دوش‌گرفتن، مطالعه، نوشیدن یک لیوان شیر، گوش‌دادن به موسیقی و مهیاکردن یک محیط راحت و امن برای خوابیدن مددجو می‌باشد.

نیاز به تنظیم درجه حرارت

بدن برای ادامه‌ی اعمال حیاتی خود نیاز به ثابت‌بودن درجه حرارت داخلی در حد ۳۷ درجه سانتیگراد داشته و تنها قادر است تغییرات جزئی در حد ۱ ± ۳۷ درجه سانتیگراد را تحمل نماید.

تنظیم درجه حرارت در بدن انسان براساس مکانیسم‌های خاصی صورت می‌گیرد که در فصل‌های بعد به‌طور مفصل در

1. Elimintation
2. Acidosis
3. Incontinence
4. Disuria
5. Constipation
6. Enema
7. Pregnancy
8. Lactation
9. Irritable
10. Withdrawn

مورد آن‌ها بحث خواهد شد. افزایش غیرعادی درجه حرارت در مواردی مثل ابتلا به عفونت، آفتابزدگی، فرآیندهای التهابی و صدمات مختلف بروز می‌نماید. کاهش درجه حرارت نیز ممکن است در مواردی مثل شوک، سوختگی و سرمازدگی مشاهده شود.

بالارفتن درجه حرارت بدن اگر به‌مدت طولانی ادامه یابد باعث افزایش نیازهای متابولیک شده و در نتیجه نیاز به اکسیژن‌گیری اعضا را افزایش می‌دهد. این موضوع می‌تواند علایم گوناگونی مثل افزایش تعداد ضربانات قلب، تنفس و فشارخون مددجو را ایجاد کرده و در موارد وخیم‌تر باعث بروز کم‌آبی، اختلالات الکترولیتی، تشنج و اغما گردد.

افت طولانی‌مدت درجه حرارت بدن نیز باعث کندشدن اعمال متابولیک شده و در نتیجه ممکن است موجب بروز علایمی همچون کاهش تعداد ضربان قلب و تنفس یا کاهش مقدار ادرار گردد.

سرمازدگی همچنین از طریق انقباض عروق پوستی و کاهش جریان خون اعضا قادر است اکسیژن‌گیری بافتی را دچار مشکل نموده و موجب بروز ایسکمی[1] و مرگ بافتی[2] شود.

هدف از دخالت پرستار در چنین مواردی حفظ و تثبیت درجه حرارت طبیعی بدن می‌باشد. به‌عنوان مثال در سرمازدگی‌ها باید به‌آرامی و تأنی اقدام به گرم‌نمودن بدن نمود. برای نیل به این مقصود می‌توان از طریق قراردادن فرد در یک محیط گرم و پوشاندن وی با پتو اقدام نمود. در این‌گونه موارد استفاده از گرمای مستقیم روی موضع مثل کیف آبگرم و بخاری و همچنین ماساژدادن عضو سرمازده ممنوع بوده و ممکن است باعث تخریب پوست و بافت‌های زیرجلدی گردد.

در مواردی که افزایش درجه حرارت بروز می‌کند (مثل تب و آفتابزدگی) پرستار می‌تواند با توسل به اقداماتی از قبیل پاشویه، حمام‌دادن بیمار با اسفنج و آب ولرم و همچنین جایگزینی آب و الکترولیت به کاهش حرارت بدن کمک نماید.

۲ـ نیاز به امنیت و آسایش خاطر

دومین طبقه در هرم نیازهای مازلو که پس از رفع نیازهای اولیه و فیزیولوژیک اولویت پیدا می‌کند، احساس امنیت و آسایش جسمی و روانی است.

1. Ischemia
2. Necrosis

منظور از امنیت جسمی دوری‌جستن و دفع عناصر و عواملی می‌باشد که ممکن است زندگی و حیات شخص را در معرض تهدید قرار دهد. از جمله‌ی این عوامل می‌توان به بیماری‌ها، سوانح و خطرات محیطی اشاره نمود.

منظور از امنیت روانی نیز اطمینان و اعتماد فرد نسبت به توانایی‌ها و قابلیت‌های خود در مقابله با شرایط جدید و پیش‌بینی‌نشده، به‌علاوه تشخیص و تأمین انتظارات دیگران از وی و همچنین انتظارات او از دیگران می‌باشد.

برای بررسی نیازهای مربوط به امنیت جسمی پرستار باید خطرات واقعی و احتمالی موجود در محیط زندگی وی را مشخص نموده و جهت جلوگیری از بروز این خطرات یا دفع آن‌ها برنامه‌ریزی نماید. به‌عنوان مثال افرادی که در معرض بی‌حرکتی[3] طولانی‌مدت هستند، ممکن است دچار خطراتی همچون قفل‌شدن مفاصل[4]، شکنندگی و آسیب لایه‌های پوست و تحلیل[5] عضلات شوند. یا بیمارانی که به‌طور مداوم از کانول‌های داخل وریدی یا سوندهای ادراری استفاده می‌کنند در معرض خطر عفونت‌های ثانویه قرار دارند.

شناخت صحیح پرستار از خطرات موجود در محیط زندگی بیمار (خانه، بیمارستان، محیط کار) وی را یاری می‌کند تا با ارایه‌ی آموزش‌های صحیح به مددجو وخانواده‌اش حتی‌الامکان از بروز آن‌ها جلوگیری نموده و از سوی دیگر با اجرای اقداماتی همچون پایین نگه‌داشتن ارتفاع تخت، بستن نرده در اطراف تخت، حفظ روشنایی کافی در محیط و در دسترس گذاشتن زنگ اخبار تا حد ممکن به حفظ امنیت جسمی و جلوگیری از صدمه دیدن وی کمک نماید.

بررسی نیازهای مربوط به امنیت روانی اغلب مشکل‌تر بوده و در این راستا پرستار ممکن است با زبان‌ها، فرهنگ‌ها، عقاید و رفتارهای گوناگونی روبرو شود. در تطابق با استرس‌های مشابه افراد مختلف روش‌های متفاوتی را به‌کار می‌گیرند. به‌عنوان مثال در صورت ابتلا به سرطان اشخاص ممکن است دچار گوشه‌گیری یا خشم و پرخاشگری شده و از شرکت در برنامه‌های درمانی سر باز زنند. یا اینکه به‌راحتی آن را قبول نموده و با اراده‌یی راسخ در سرکوب بیماری خود تلاش نمایند. به هر حال در چنین شرایطی پرستار می‌تواند با آگاهی از ماهیت رفتارهای انسانی و شناخت مکانیسم‌های دفاعی مؤثر در برابر استرس‌ها، روش‌های صحیح مقابله با آن‌ها را به مددجو آموزش دهد. چنین استرس‌هایی ممکن است جنبه‌های مختلف امنیت روانی شخص را مورد

3. Immobility
4. Joint contraction
5. Atrophy

تهدید قرار دهد که از آن جمله می‌توان به تغییر در نقش (ازدست‌دادن شغل و منبع درآمد) تغییر در تصویر ذهنی از خود (قطع عضو و معلولیت) یا حتی تکنیک‌های تشخیصی و اعمال جراحی (مثل آنژیوگرافی[1] و پیوند عروق)[2] اشاره نمود.

خوشبختانه اغلب افراد بالغ و سالم قادر هستند که به تنهایی و با تکیه بر تجربیات‌شان نیازهای امنیتی خود را برطرف کنند. اما بروز بیماری و ناتوانی شرایطی را فراهم می‌کنند تا پرستار بتواند به‌عنوان یک حامی نقش خود را جهت اعاده‌ی امنیت بیمار و جلوگیری از آسیب وی ایفا نماید.

۳ـ نیاز به عشق و تعلق داشتن

مازلو نیاز به عشق و تعلق را از نظر اهمیت پس از امنیت و آرامش قرار می‌دهد. شکی نیست که این نیازها بسیار اساسی هستند. نوزادانی که از عشق و محبت و دوست‌داشتن محروم هستند حتی اگر همه‌ی نیازهای فیزیولوژیکی و ایمنی آن‌ها برقرار شده باشد قادر به ادامه زندگی نخواهد بود.

بزرگسالان نیز به عشق و علاقه و عاطفه احتیاج دارند. آنان نیاز دارند که مورد محبت و پذیرش افراد خانواده و دیگر نزدیکان خود قرار گیرند. اغلب افراد وقتی که دچار بیماری یا صدمه می‌شوند قادر نخواهند بود این نیاز مهم را برآورده کنند. این مشکل در صورت بستری‌شدن فرد در بیمارستان ابعاد پیچیده‌تری پیدا می‌کند. به‌علت محدودیت ساعات ملاقات و درگیری مددجو با انواع اقدامات تشخیصی و درمانی، زمان و انرژی کمی برای برطرف‌کردن این نیاز در بیمارستان باقی می‌ماند. همین موضوع اهمیت نقش پرستار در پرکردن این خلأ را نشان می‌دهد.

مددجویان ممکن است به اشکال گوناگونی برآورده‌نشدن این نیاز را نمایان کنند. مواردی همچون بی‌تفاوتی نسبت به وضعیت ظاهری، رعایت نکردن بهداشت شخصی، شکایت از مشکلات جسمی مثل سردرد و ناراحتی گوارشی، تغییر در الگوی خواب و تغذیه، گوشه‌گیری و پرخاشگری مثال‌های خوبی در این زمینه می‌باشند.

از سوی دیگر پرستار می‌تواند از طریق صحبت‌کردن با مددجو و خانواده‌اش تا حد زیادی کمبودها و تغییرات ایجادشده در نیازهای عاطفی آنان را تعیین نماید. به‌عنوان مثال، حرف‌زدن زیاد، شکایت از بی‌توجهی و نامهربانی اطرافیان، نگرانی یا ناراحتی از تأخیر افراد ملاقات‌کننده، احساس نزدیکی بیش از حد به پرستار و بازگونمودن مشکلات خانوادگی برای آنان همگی می‌توانند مانند خطوط راهنما برآورده‌نشدن نیاز به عشق و تعلق در مددجو را مشخص نمایند.

۴ـ نیاز به اعتبار و عزت نفس

تمامی انسان‌ها جهت موفقیت در ارتباطات روزمره و اعمال خود نیاز به اعتماد به نفس دارند. چنین نیازی را می‌توان به‌صورت احساس توانایی برای انجام کارها، احساس کفایت و شایستگی، احساس اطمینان و استقلال تفسیر نمود. از سوی دیگر همه مردم دوست دارند که در اجتماع اطراف خود شناخته شده و مورد پذیرش و تشویق دیگران قرار گیرند. وقتی‌که هر دو نیاز فوق برآورده شوند، شخص به خود اطمینان پیدا کرده احساس مفیدبودن می‌نماید. اما در غیر این صورت دچار احساس درماندگی و حقارت خواهد کرد.

از جمله‌ی عوامل مهمی که می‌توانند اعتماد به نفس انسان را سلب نماید ایجاد تغییر در نقش‌های اجتماعی[3] فرد می‌باشد. چنین تغییری ممکن است بی سر و صدا و تدریجی بوده (مثل ابتلا به سرطان) و یا ناگهانی پدید آید (مثل بروز یک حادثه). شرایط مزبور شخص را به اطرافیان و یا گروه درمانی وابسته کرده و ادامه‌ی فعالیت‌های وی را در نقش و شغل قبلی خود متزلزل می‌نماید. در این‌گونه موارد فرد ممکن است به اشکال گوناگونی مثل خشم، گوشه‌گیری و اعتراض درباره‌ی میزان کارآیی و مفیدبودن خود واکنش نشان دهد.

در همین راستا تغییر در تصویر بدنی[4] تثبیت‌شده در ذهن فرد نیز می‌تواند به‌عنوان یک عامل دیگر اعتماد به نفس وی را کاهش دهد. قطع عضو[5]، برداشتن رحم[6] یا حتی یائسگی[7] مثال‌های خوبی در این زمینه می‌باشند. به هر حال عدم رفع این نیاز در افراد را می‌توان با علایم و رفتارهایی همچون ناتوانی در تصمیم‌گیری، بیقراری، پرخاشگری، خواب‌آلودگی، احساس ناامیدی، اجتناب از شرکت در فعالیت‌ها و برقراری ارتباط و یا بدبینی نسبت به آینده شناسایی نمود.

برای کمک به این‌گونه مددجویان پرستار لازم است ارتباط خوبی با آنان برقرار نماید. اولین شرط برقراری چنین

1. Angiography
2. Bypass

3. Change inroles
4. Changes in body image
5. Amputation
6. Hysterectomy
7. Menopause

ارتباطی آن است که به مددجویان به‌عنوان یک انسان بالغ و محترم نگریسته شود. اگر به‌دلیل بیماری یا صدمه تغییری در نقش یا تصویر ذهنی بیمار به‌وجود آمده باشد پرستار موظف است به انطباق او با وضعیت جدید کمک نماید. برای این کار باید از تمامی منابع موجود مانند اعضای خانواده، سرویس‌های مددکاری و توانبخشی استفاده شود تا شخص به‌صورت گام به گام وظایف و مسؤولیت‌های جدید را فراخور وضعیت خود به‌عهده بگیرد.

۵ ـ نیاز به تعالی و تکامل نفس

تعالی نفس بالاترین نیاز انسانی در هرم مازلو محسوب می‌شود. فردی که به این جنبه از نیازهای خود دست یافته است، خصوصیات شخصیتی بارزی دارد که به‌اختصار می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- توانایی برای قبول و اجرای کامل وظایف محوله
- لذت‌بردن از حسن انجام کار ها
- عدم وابستگی کامل به نظرات و عقاید دیگران درباره رفتار و وضعیت ظاهری خود
- اعتماد به خود در اعمال توانایی‌ها و اجرای تصمیمات
- استفاده از روش حل مسأله برای بر طرف‌کردن مشکلات و استرس‌ها
- برخورد واقع‌بینانه با اشتباهات و شکست‌های خود
- قبول انتقادات و پیشنهادهای سازنده‌ی دیگران
- دارابودن قابلیت برقراری ارتباط با دیگران به‌عنوان گوینده یا شنونده
- لذت‌بردن از اوقات تنهایی و خلوت
- استقبال از دانش و تجارب جدید در زندگی
- داشتن قابلیت سازش با تغییرات ایجادشده در خود و محیط اطراف.

اصولاً انسان‌ها زمانی به این مرحله می‌رسند که بتوانند تعادلی بین نیازها، محیط اطراف و استرسورهای موجود در آن برقرار کنند. عواملی از جمله بیماری، صدمه، شکست در عشق، تغییر در نقش یا تصویر بدنی می‌توانند رسیدن به تعالی نفس را دچار اختلال و وقفه نمایند. در چنین اوضاعی شخص ممکن است به‌خاطر عدم توانایی در اعمال تصمیمات و حل مشکلات احساس بیهودگی نموده و به دیگران وابسته گردد.

جهت حفظ تعالی نفس افراد پرستار باید تا حد ممکن روی توانایی‌ها و قابلیت‌های موجود در فرد تمرکز نماید. تشویق فرد برای تصمیم‌گیری در نحوه‌ی اجرای برنامه‌های مراقبتی در حد مقدور، مهیاکردن بازی‌های فکری و یا کارهای دستی مورد علاقه فرد برای تقویت قوه‌ی آفرینش وی، توجه به حریم شخصی و تأمین خلوت مددجو برای فکرکردن، از جمله‌ی اقداماتی هستند که پرستار می‌تواند برای دستیابی به این هدف انجام دهد.

پرستار می‌تواند از هرم مازلو به‌عنوان چارچوب اولیه‌یی برای طرح و اجرای برنامه‌های مراقبت پرستاری در هر سن و درجه‌ی سلامتی استفاده نماید.

زمانی‌که پرستار بخواهد این تئوری را در عمل به‌کار گیرد، به‌نوعی مجبور است که نیازهای مددجویان خود را شناخته، با توجه به سلسله‌مراتب هرم مازلو آن‌ها را طبقه‌بندی نموده و اولویت‌ها را مشخص کند. اما در اینجا تذکر این مطلب ضروری است که اولویت‌بندی نیازهای انسان در همه اشخاص حالت یکسانی ندارد.

به‌عنوان مثال فردی را در نظر بگیرید که به‌خاطر ابتلا به عفونت مزمن دستگاه تنفسی در بیمارستان بستری شده است. در بررسی اولیه پرستار متوجه می‌شود که بیمار تغذیه و خواب مناسب نداشته و ضمناً از دو سال پیش که همسرش را از دست داده، ارتباطات اجتماعی وی بسیار کاهش پیدا کرده است. بدیهی است که اولویت نیازها در این فرد عبارتند از: نیاز به غذا، نیاز به خواب و استراحت و نیاز به عشق و تعلق. اما پرستار در چنین شرایطی به‌سادگی نمی‌تواند توجه به نیازهای فیزیولوژیک (غذا و استراحت) را در اولویت قرار داده و پس از رفع آن‌ها به فکر کمبود محبت و تعلق مددجو باشد.

اساساً در چنین مددجویانی علت اصلی کاهش اشتها و بی‌خوابی و بی‌علاقگی به وضعیت ظاهری، تنهایی و اندوهی است که آنان را احاطه کرده و در صورت حل این مشکل، الگوهای تغذیه و استراحت مددجو نیز به وضعیت عادی برمی‌گردد. بنابراین در چنین شرایطی نیاز به عشق و تعلق از نظر اولویت در مرتبه‌ی بالاتری نسبت به نیازهای فیزیولوژیک فرد قرار می‌گیرد.

عکس این حالت را می‌توان در مورد زنی مشاهده کرد

که برای درمان آرتریت روماتوئید وخیم در بیمارستان بستری شده است. چنین فردی با کوچکترین فعالیتی احساس درد و ناراحتی در عضلات و مفاصل خود نموده و به همین خاطر بداخلاق، عصبانی و پرخاشگر می‌گردد. این رفتار اطرافیان و دوستان خود را از وی گریزان کرده و در نتیجه نیاز به عشق و تعلق بیمار دچار اختلال می‌شود.

در اینجا تسکین درد بیمار به‌عنوان یک نیاز اولیه می‌تواند او را به فعالیت‌های عادی بازگردانده و توان کافی برای برقراری ارتباط با دیگران را به او بدهد و به این ترتیب نیاز به عشق و تعلق بیمار نیز خود به خود برطرف خواهد شد.

مثال‌های فوق نشان می‌دهد که پرستاران در هنگام بررسی نیازهای مددجویان نباید به‌شکلی مشابه و غیرقابل انعطاف عمل نمایند. توجه به وجوه شخصیتی، فرهنگی، محیطی و جسمی افراد و توجه به آن‌ها موفقیت برنامه‌های مراقبت پرستاری را تضمین می‌کند.

از سوی دیگر تعیین اولویت‌ها بدین معنی نیست که در هر برهه از زمان تنها به یک نیاز مددجو توجه شده و رسیدگی به نیازهای دیگر تا زمان رفع نیاز مزبور به تعویق بیافتد. حتی با وجود آن که اغلب موارد در شرایط اورژانسی رفع نیازهای فیزیولوژیک در درجه اول اهمیت قرار می‌گیرند اما حتی در این اوضاع نیز پرستار باید نیازهای عالی‌تر فرد را از نظر دور نکند.

به‌عنوان مثال مرد جوانی را در نظر بگیرید که به‌دنبال صدمه‌ی نخاع شوکی و فلج اندام‌های تحتانی پاراپلژی[1] در بیمارستان بستری شده است، به‌رغم آن‌که چنین فردی برای رفع نیازهای اولیه و فیزیولوژیک خود به کمک فوری احتیاج دارد اما در عین حال ممکن است به شدت اعتماد به نفس خود را از دست داده باشد.

پرستار در این حالت با چالش مداومی در برنامه‌ریزی هم‌زمان برای رفع نیازهای فیزیولوژیک و عزت نفس بیمار روبرو می‌شود. یعنی با وجود آن‌که فرد برای بهبودی خود نیاز وافری به تغذیه و استراحت دارد اما تا زمانی‌که اعتماد به نفس خود را به‌دست نیاورده و احساس ناامیدی و پوچی نماید، قادر نخواهد بود در رفع نیازهای اولیه خود مشارکت فعال داشته باشد.

به عنوان یک الگوی کلی می‌توان گفت در وضعیت‌هایی که ادامه‌ی حیات مددجو در خطر بوده و عدم توجه به نیازهای فیزیولوژیک مثل هوا، آب و غذا وی را در معرض آسیب قرار می‌دهد، رفع این نیازها از اولویت بالایی برخوردار خواهد بود. اما در سایر شرایط پرستار ابتدا باید تمامی عواملی که اولویت‌بندی نیازهای انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند شناسایی کرده و سپس به این کار مهم اقدام نماید.

به‌عنوان نمونه‌یی از این عوامل می‌توان به الگوهای رفتاری و خلقیات فرد اشاره نمود. مثلاً شخصی که دچار افسردگی می‌باشد ممکن است واکنش منفی نسبت به فعالیت‌هایی نشان دهد که در جهت افزایش حس اعتماد به نفس از سوی پرستار به وی پیشنهاد می‌گردد.

نمونه‌ی دیگر از این عوامل روابط و علایق خانوادگی فرد بیمار هستند. مثلاً یک مادر ممکن است نیازهای کودک‌اش را نسبت به نیازهای خود پراهمیت‌تر تلقی نموده و در این راه از تغذیه و استراحت خویش صرف نظر نماید.

نیازهای مختلف انسان از راه‌های گوناگونی با هم تداخل نموده و تأثیر متقابلی بر هم دارند. برای شناخت دقیق این نیازها و اولویت‌بندی صحیح آن‌ها تنها راه منطقی آن است که پرستار مددجو و خانواده وی را در امر برنامه‌ریزی مراقبتی درگیر نماید.

1. Paraplegia

فصل ۲
مفهوم سلامت و بیماری

بابک روزبهان

اهداف آموزشی این فصل

پس از مطالعه، انتظار می‌رود فراگیر قادر باشد

۱. تعاریفی را در مورد مفهوم کلی سلامت و بیماری در انسان ارایه دهد.
۲. در خصوص مدل‌های مختلف سلامت و بیماری توضیح دهد.
۳. عوامل تأثیرگذار بر باورها و رفتارهای بهداشتی افراد (مددجویان) را مشخص نماید.
۴. انواع مختلف سطوح پیشگیری را تشریح کند.
۵. انواع عوامل خطرساز تهدیدکننده‌ی سلامتی را شناسایی نماید.

در گذشته بیشتر افراد و جوامع سلامتی و تندرستی را عدم ابتلا به بیماری معنی می‌کردند. این عقیده را که تا به امروز نیز پایدار مانده و حتی تعداد زیادی از متخصصین بهداشتی نیز به آن معتقد هستند، این‌گونه می‌توان خلاصه نمود: «فردی که بیمار است سالم نیست و برعکس فردی که بیماری ندارد سالم است». به‌عبارتی اشخاص یا سالم هستند یا مریض و بین این دو هیچ طیف دیگری وجود ندارد.

سه نقطه‌ی ضعف عمده را می‌توان در این عقیده و تعریف پیدا کرد:

- اول آن‌که چنین تعریفی از سلامتی تنها بر روی بُعد جسمی انسان تمرکز نموده و صرف ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری جسمی نمی‌تواند نشان‌دهنده‌ی سلامتی کامل در یک فرد باشد.
- دوم آن‌که در این تعریف وضعیت‌های مختلفی از سلامتی که ممکن است مابین تندرستی کامل و بیماری وجود داشته باشد، نادیده گرفته شده است.
- سوم آن‌که این تعریف افق دید ما را نسبت به روابط متقابل و پیچیده دیگر ابعاد وجود انسان همچون وضعیت روانی، عاطفی، فرهنگی، اجتماعی، سطح هوش، میزان رشد و... با وضعیت جسمی وی را محدود کرده و جایی برای این ابعاد که اتفاقاً بر روی سلامتی فرد بسیار تأثیرگذار است، باقی نمی‌گذارد.

در جستجوی توصیف جامع‌تری از سلامت و بیماری می‌توان به تعریفی اشاره نمود که سازمان بهداشت جهانی (WHO)[1] در سال ۱۹۴۷ میلادی در این‌باره ارایه کرده است: «سلامتی وضعیتی پایدار از رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی بوده و عدم ابتلا به بیماری یا معلولیت نمی‌تواند نشان‌دهنده‌ی سلامتی در یک فرد باشد».

البته این تعریف نیز امروزه مورد توافق تعداد زیادی از کارکنان سرویس‌های بهداشتی نمی‌باشد. این افراد اعتقاد دارند که چنین تعریفی با واقعیت انطباق ندارد و اگر بخواهیم آن را در تمامی موارد بسط دهیم مجبور هستیم که بیشتر ساکنین کشورهای توسعه نیافته و افراد کم درآمد را بیمار

1. World Health Organization

فرض کنیم. به‌علاوه با تعریف WHO بسیار مشکل می‌توان مرز دقیق بین سلامتی و بیماری افراد را تعیین کرد.

شاید بتوان گفت که عقیده و باور شخصی افراد در مورد سلامتی، حلقه‌ی گمشده‌ی این تعریف محسوب می‌شود. برای آن‌که پرستار بتواند به اهداف خود برای برگرداندن سلامتی به مددجویان گردد، ابتدا لازم است تا با دیدگاه آنان در مورد سلامتی آشنا شده و سپس از طریق منطبق‌کردن این دیدگاه‌ها با مدل‌های شناخته‌شده و استاندارد اقدام به طرح برنامه‌های مراقبت پرستاری نماید.

مدل‌های سلامت و بیماری

مدل‌ها چارچوب‌های تئوریکی را می‌سازند تا درک و فهم یک نظر یا عقیده پیچیده را دقیق‌تر و راحت‌تر کنند. به‌دلیل آن‌که سلامتی و بیماری نیز مفاهیمی پیچیده هستند به‌منظور درک بهتر آن‌ها، تعیین رابطه‌شان با نظرات شخصی مددجویان و همچنین ارایه برنامه‌های مراقبتی مناسب لازم است تا از یکی از مدل‌های شناخته‌شده در این زمینه استفاده نماییم.

مدل حداکثر سطح تندرستی[1]

پایه‌های این مدل اولین بار در سال ۱۹۵۰ توسط دون[2] طرح‌ریزی شده و در سال ۱۹۷۷ اصلاح گردید. تمرکز این مدل بر روی کسب حداکثر سلامتی برای انسان‌ها می‌باشد. هدف این مدل را می‌توان در عباراتی همچون ارتقای عملکرد مددجو در بالاترین سطح ممکن و گسترش خواسته‌ها و مطالبات برای یک زندگی بهتر در بهترین شکل ممکن خلاصه نمود. دون در این‌باره می‌گوید: انسان‌ها در تمامی دوران زندگی تلاش مداوم و وقفه‌ناپذیری برای رسیدن به سطوح بالاتری از رفاه و تندرستی از خود نشان می‌دهند.

براساس این مدل، مراقبت‌های پرستاری برای کمک به مددجو باید طوری برنامه‌ریزی شوند که از یک‌سو سطح سلامتی فرد را ارتقا داده و از سوی دیگر از بیمارشدن وی جلوگیری نمایند. این مدل ماهیتی کمال‌گرا و پویا داشته و تأکید آن ارجح بودن پیشگیری به‌جای درمان است.

مدل عامل ـ میزبان ـ محیط[3]

براساس این مدل که در سال ۱۹۸۴ توسط پزنکر[4] اشاعه گردید، سلامتی و بیماری یک فرد یا گروه وابسته به ارتباط متقابلی است که بین عامل بیماری‌زا، میزبان و محیط اطراف وجود دارد.

در این مدل عامل بیماری‌زا به هرگونه فاکتور داخلی یا خارجی اطلاق می‌شود که حضور یا فقدان آن‌ها زمینه‌ساز بروز ناراحتی و بیماری می‌گردد. چنین عاملی می‌تواند بیولوژیک، شیمیایی، فیزیکی، مکانیکی یا روانی باشد. وجود هریک از این عوامل در افراد بدین معنی نیست که آن‌ها حتماً مریض خواهند شد اما چنین عواملی لازمه شروع بیماری در فرد تلقی می‌شوند.

میزبان شخص یا اشخاصی هستند که مستعد ابتلا به یک ناراحتی یا بیماری خاص می‌باشند. فاکتورهای تأثیرگذار در میزبان، شرایط یا وضعیت‌هایی هستند که وی را در گروه پرخطر از نظر ابتلا به یک بیماری خاص قرار می‌دهند. از جمله‌ی چنین فاکتورهایی می‌توان به تاریخچه خانوادگی، سن یا شیوه‌ی زندگی افراد اشاره نمود.

محیط نیز شامل تمامی فاکتورهایی است که در خارج از بدن میزبان وجود دارد. به‌عنوان مثال محیط فیزیکی مواردی همچون وضعیت اقتصادی، آب و هوا، شرایط زندگی و پارامترهایی مثل نور و صدا را در بر می‌گیرد و محیط اجتماعی نیز شامل عواملی است که باعث ارتباط متقابل یک شخص یا گروه با دیگران می‌گردد. از جمله‌ی این عوامل می‌توان به استرس‌ها، تضادهای شخصی با دیگران، تنگنای مالی و بحران‌هایی از قبیل مرگ همسر اشاره نمود.

تا چند دهه‌ی پیش نوعی اعتقاد همگانی مبنی بر این موضوع وجود داشت که برای هر بیماری یک علت منفرد و کاملاً مشخص وجود دارد. به‌عنوان مثال مسبب بروز هر مرض عفونی یک باکتری یا ویروس خاص می‌باشد. امروزه مشخص شده است که برای بروز بیشتر بیماری‌ها علل چندگانه‌یی دست اندرکار هستند که با استناد به مدل عامل ـ میزبان ـ محیط قابل بررسی و شناخت می‌باشند.

به‌کارگیری این مدل پرستار را قادر می‌سازد که برای هر برنامه‌ریزی مراقبتی، تمامی فاکتورهای محیطی، فیزیولوژیکی و شیوه‌ی زندگی افراد را مدنظر قرار دهد.

1. Hight. level wellness model
2. Dunn

3. Agent-Host-Environment model
4. Peszncker

مدل باور بهداشتی[1]

سه محقق به‌نام‌های روزن استوک[2]، بکر[3] و میمن[4] در فاصله سال‌های ۱۹۷۴ و ۱۹۷۵ مدل باور بهداشتی را براساس روابط متقابل مابین اعتقادات افراد و رفتارهای آنان پایه‌گذاری کردند. سه جزء اصلی این مدل به‌طور خلاصه عبارتند از:

۱ـ آمادگی فردی برای پذیرش بیماری

به‌عنوان مثال اگر فردی از تأثیر عامل ارث بر روی ابتلا به بیماری عروق کرونر[5] آگاهی داشته باشد، در صورت مرگ زودرس یکی از اعضای درجه یک خانواده به‌دنبال آنفارکتوس میوکارد احتمال وجود خطر برای خود را باور نموده و درصدد پیگیری و پیشگیری از آن بر می‌آید.

۲ـ درک شخصی از میزان اهمیت و وخامت بیماری

متغیرهای متعدد دموگرافیک، فیزیولوژیک، اجتماعی همچون سن و جنس و سواد، سطح درآمد، محیط جغرافیایی، اعتقادات مذهبی و... می‌توانند بینش افراد نسبت به اهمیت و خطر یک بیماری را تحت تأثیر قرار داده و عملکرد وی برای پیشگیری از آن بیماری را تعیین نمایند.

۳ـ اهمیت قائل‌شدن برای انجام اقدامات پیشگیری کننده توسط فرد

اگر اشخاص شناخت کافی از خطرات و عوارض ابتلا به بیماری را داشته و مزایای اجرای به‌موقع اقدامات پیشگیری‌کننده را درک نمایند، به‌خوبی خواهند توانست مشکلات و موانع موجود در این راه را تحمل نمایند. مشکلاتی همچون لزوم تغییر در سبک زندگی یا پیگیری پروسیجرهای تشخیصی و درمانی همچون آندوسکوپی[6] و آنژیوپلاستی[7].

مدل باور بهداشتی به پرستار کمک می‌کند تا عوامل تأثیرگذار بر درک، باور و رفتار بیماران را شناخته و با بهره‌گیری از آن‌ها برنامه‌های مراقبتی بهتری را جهت پیشگیری یا درمان بیماری و اعاده‌ی سلامتی افراد طرح‌ریزی نماید.

1. Health-Belief model
2. Rosen Stocke
3. Becker
4. Maiman
5. Coronary artery disease (CAD)
6. Endoscopy
7. Angioplasti

مدل مبتنی بر تکامل[8]

این مدل براساس تفکری بنیان گذاشته شده است که بیماری و یا حتی مرگ را جزئی از تغییراتی می‌داند که در روند تکاملی زندگی انسان رخ می‌دهد. این مدل که در سال ۱۹۸۴ به‌طور مشروح توسط دیکسون[9] مطرح گردید، حفظ سلامتی انسان را به چند عامل ارتباط می‌دهد:

- حوادثی که در طول زندگی هر فرد رخ داده و بازتابی از متغیرهای دوران مختلف رشد هستند (مثل تصادف رانندگی یا مهاجرت) نتیجه‌ی چنین حوادثی تا حد زیادی می‌تواند وابسته به شانس باشد.
- راهکارهای ذاتی یا اکتسابی که افراد برای ایجاد تغییر در شیوه‌ی زندگی به‌صورت خودآگاه، یا ناخودآگاه از آن‌ها استفاده می‌کنند.
- بالارفتن تدریجی قابلیت و کیفیت زندگی در درون جامعه که نشان‌دهنده‌ی تلاش جمعی افراد برای حفظ سلامتی و ارتقای سطح آن می‌باشد.
- شیوه‌ی دریافت اطلاعات و درک صحیح آن‌ها از سوی شخص که نحوه‌ی اثرگذاری وی بر روی کیفیت حیات و سطح سلامتی او را تضمین می‌نماید.
- نحوه‌ی بروز و استقرار احساسات که واکنش‌های عاطفی برخاسته از حوادث روزمره زندگی محسوب شده و ممکن است سلامتی انسان را تحت تأثیر قرار دهد.

استفاده از این مدل به پرستار اجازه می‌دهد تا مراقبت‌های پرستاری را براساس ابعاد پنج‌گانه‌ی فوق پایه‌گذاری نماید. البته برای آن‌که پرستار بتواند در این مدل به هدف اصلی خود که استقرار و استمرار حس سلامتی در ذهن مددجو می‌باشد دست پیدا کند، به تجربیات بالینی وسیعی نیاز دارد. کاربرد این مدل به‌خصوص در شرایطی که برخوردهای طولانی‌مدت بین پرستار و مددجو و خانواده‌ی وی وجود دارد (مثلاً در جریان بیماری‌های مزمن) بسیار مفید خواهد بود.

8. Evolutionary-Based model
9. Dixon

عوامل تأثیرگذار بر باورها و رفتارهای بهداشتی افراد

به‌طور کلی دو دسته متغیر داخلی و خارجی می‌توانند بر چگونگی تفکر و عملکرد بهداشتی افراد اثر بگذارند. درک چگونگی این تأثیرات به پرستار کمک می‌کند تا نقشه‌های مراقبتی بهتری را برای مددجویان طرح‌ریزی و اجرا نماید.

الف) متغیرهای داخلی

دوره‌های رشد

طرز تفکر و الگوهای رفتاری هر فرد در مراحل مختلف حیات وی دستخوش دگرگونی‌های بسیاری می‌شود. هر پرستاری موظف است که قبل از هرگونه برنامه‌ریزی مراقبتی ابتدا آن‌ها را با سطح رشد بیمار منطبق نماید. به‌عنوان مثال به یک کودک نمی‌توان عواقب وخیم و احتمالی ابتلا به یک نوع بیماری خاص را با کلمات و جملات پیچیده توضیح داد. برای ایجاد انگیزه در کودک و استقرار یک رفتار بهداشتی صحیح در وی باید از راه‌های سودمندتری مثل نمایش فیلم، نشان‌دادن نقاشی، قصه‌گفتن و غیره استفاده نمود.
به‌طور کلی آگاهی از سطح رشد افراد به پرستار کمک می‌کند تا در هنگام طرح‌ریزی مراقبت‌های پرستاری به‌نحوی عمل نماید که از بروز سوء تفاهم‌ها و برخوردهای نامناسب آتی در مقابل پروسیجرهای درمانی تا حد امکان کاسته شده و به این ترتیب بستر مناسبی برای مشارکت هرچه بیشتر مددجو با کادر درمانی به‌وجود آید.

آموخته‌های قبلی

باورهای شخصی هر فرد درباره‌ی سلامتی تا حدود زیادی از آموخته‌ها و دانش او سرچشمه می‌گیرد. آگاهی از نحوه عملکرد دستگاه‌های بدن، مکانیسم بروز بیماری، سطح تحصیلات و تجربیات گذشته‌ی وی همگی عواملی هستند که نحوه‌ی تفکر و در نتیجه چگونگی برخورد بیمار با اقدامات پیشگیری‌کننده یا پروسیجرهای درمانی را مشخص می‌سازند. پرستار از طریق بررسی و شناخت میزان معلومات و آگاهی مددجویان به‌خوبی می‌تواند برخوردهای متفاوت آن‌ها با بیماری و مراحل درمان را پیش‌بینی کرده و از این طریق چالش‌ها و برخوردهای احتمالی آتی را تا حد ممکن کاهش دهد.

درک شخصی از قابلیت‌های فردی

برداشت هر فرد درباره‌ی میزان توانایی خود برای انجام اعمال فیزیکی می‌تواند باورها و نحوه‌ی عملکرد بهداشتی وی را تحت تأثیر قرار دهد. به‌عنوان مثال افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن قلبی اعتقاد پیدا کرده‌اند که سطح سلامتی آن‌ها پایین‌تر از مردم عادی می‌باشد و به همین دلیل آن‌ها نمی‌توانند بسیاری از کارهای به‌ظاهر عادی و روزمره را مثل دیگران انجام دهند. آگاهی از این محدودیت‌ها که با جمع‌آوری اطلاعات ذهنی (مثل درد، خستگی زودرس و تنگی نفس) یا عینی (مثل اندازه‌گیری فشار خون، وزن، قد) صورت می‌گیرد، به پرستار اجازه می‌دهد که برنامه‌های مراقبتی هر فرد را با توجه به قابلیت‌ها و توانایی‌های شخصی وی طرح‌ریزی و اجرا نماید. رعایت این موضوع می‌تواند موفقیت برنامه‌های پرستاری را تضمین کند.

عوامل روحی و عاطفی

شرایط روحی و عاطفی افراد نقش تعیین‌کننده‌یی در چگونگی برخورد آن‌ها با فرایند بیماری و درمان بازی می‌کنند. به‌عنوان مثال افرادی که از آرامش و ثبات روحی برخوردار هستند بیماری را خیلی زود قبول کرده و برخورد منطقی با پروسیجرهای درمانی و مراقبتی از خود نشان می‌دهند. در حالی‌که افراد ضعیف و حساس نه‌تنها ممکن است پیگیری اقدامات درمانی را نپذیرند بلکه شاید به‌کلی منکر ابتلا به بیماری گردند.

حتی بسیاری از افراد به‌ظاهر قوی نیز از فکر ابتلا به بیماری‌های همچون سرطان وحشت داشته و در صورت بروز علایم اولیه سرطان آن‌ها را نادیده گرفته و انجام اقدامات تشخیصی درمانی را به‌تعویق می‌اندازند.

اعتقادات مذهبی افراد نیز می‌تواند نقش مهمی در باورهای بهداشتی آنان بازی کند. مثلا اگر فرد اعتقاد داشته باشد که هرگونه بلا و بیماری نوعی تنبیه برای انسان می‌باشد ممکن است این مجازات را قبول کرده و از پیگیری اقدامات درمانی سر باز زند. اما در شرایط معکوس اگر اعتقادات دینی فرد سلامت جسم و جان را موهبتی خداوندی بداند که انسان باید در حفظ آن کوشا باشد، پذیرش بیماری و پیگیری اقدامات درمانی برای وی نوعی وظیفه محسوب خواهد شد.

توجه به ارزش‌های روحی و معنوی حاکم بر ذهنیت افراد امری ضروری است که پرستاران باید در هنگام برنامه‌ریزی پرستاری به آن توجه کافی و درخور داشته باشند.

ب) متغیرهای خارجی

عملکرد بهداشتی خانواده

روش‌هایی که برای استفاده از خدمات بهداشتی درمانی از سوی خانواده مددجو به‌کار گرفته می‌شود، اغلب بر روی عملکرد بهداشتی آنان تأثیر می‌گذارد. برای مثال اگر والدین کودکی هرگونه ویروس یا علامت ناخوشی را به‌عنوان یک بیماری بالقوه خطرناک محسوب کرده و سریعاً به فکر استفاده از دارو و درمان بیافتد، چنین کودکی به احتمال زیاد در بزرگسالی نیز چنین رفتاری را دنبال می‌کند. در نتیجه به‌دنبال پیدایش کوچکترین علایم سرماخوردگی مدرسه یا کار خود را تعطیل نموده و به استراحت در منزل خواهد پرداخت.

به این ترتیب می‌توان اظهار کرد، میزان اهمیتی که هر شخص به حفظ سلامتی خود یا نادیده‌انگاشتن آن می‌دهد تا حد زیادی ریشه در رفتار گذشته خانواده وی دارد. مثلاً والدینی که جهت معاینات دوره‌یی به‌طور مرتب به پزشک مراجعه می‌کنند، به‌طور غیرمستقیم این رفتار سازنده‌ی بهداشتی را به فرزندان خود نیز منتقل می‌نمایند.

عوامل اجتماعی اقتصادی

یکی از دغدغه‌های اصلی هر شخص آن است که در گروه‌های اجتماعی همطراز خود مورد پذیرش و تأیید قرار گیرد. چنین تمایلی ممکن است بسیاری از عقاید و حتی رفتارهای بهداشتی وی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. به‌عنوان مثال گروهی از نوجوانان را در نظر بگیرید که یکی از معیارهای امروزی‌بودن را کشیدن سیگار می‌دانند. در چنین شرایطی حتی اگر شخص به مضرات استعمال دخانیات واقف باشد، برای عضوشدن در این گروه مجبور است که سیگار بکشد.

وضعیت بد اقتصادی نیز از طریق ایجاد محدودیت برای استفاده از امکانات رفاهی بهداشتی و پایین‌آوردن کیفیت زندگی می‌تواند خطر ابتلا به بیماری را افزایش دهد. مطالعات اپیدمیولوژی نشان می‌دهد که طبقات ضعیف جامعه در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های ریوی، سرطان و دیابت ملیتوس هستند. دیویدسون[1] ۱۹۷۱ و گلداسمیت[2] ۱۹۷۵ به علاوه تعداد زیادی از افرادی که در مناطق فقیرنشین شهری زندگی می‌کنند، به‌دلیل شرایط بد زندگی، فقر، بیکاری و عدم آگاهی کافی، خواسته یا ناخواسته در معرض ابتلا به انواع بیماری‌ها مثل بیماری‌های انگلی عفونی، اعتیاد، روماتیسم قلبی، بیماری‌های جنسی و... قرار می‌گیرند.

به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که طبقه اجتماعی، محیط زندگی و سطح درآمد افراد به‌طور غیرقابل انکاری در سلامت، بیماری و باورهای بهداشتی آنان نقش داشته و به همین دلیل لازم است که در هنگام تنظیم برنامه‌های مراقبتی، این عوامل با دقت مدنظر پرستار قرار گیرند.

عوامل فرهنگی

اختلاف فرهنگ مابین مددجویان و پرستاران قادر است نحوه ارتباط آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار داده و از کیفیت ارایه‌ی مراقبت‌های پرستاری بکاهد.

در صورتی‌که پرستار الگوهای فرهنگی رایج در جامعه خود را نشناسد قادر نخواهد بود که عقاید، باورها و رفتارهای بیماران را درک نموده و در نتیجه ناخودآگاه باعث بروز تنش و مشکل در روابط روزمره خود با آنان می‌گردد.

مثلا بیمارانی که دارای روابط بسیار گرم و صمیمی خانوادگی بوده و همواره مورد حمایت بی‌شائبه‌ی خانواده خود قرار می‌گیرند، ممکن است در ایجاد رابطه با یک پرستار خشک و پاینده به اصول، دچار مشکل شوند. یا فردی با اعتقادات مذهبی بسیار قوی شاید قادر نباشد ارتباط نزدیکی با پرستار که لازمه‌ی موفقیت یک برنامه مراقبتی است برقرار نماید. این موضوع مخصوصاً در زمانی‌که پرستار مربوطه از جنس مخالف باشد، محسوس‌تر می‌گردد. بنابراین نکته دیگری که پرستار باید قبل از طرح و اجرای برنامه‌های مراقبت پرستاری به آن توجه کند، شناسایی و مدنظر قراردادن زمینه‌ی فرهنگی مددجویان می‌باشد. این امر می‌تواند تا حد زیادی از برخوردها و مخالفت‌های احتمالی مددجو در زمینه‌ی قبول اهداف و روش‌های ارایه‌ی برنامه‌های مراقبتی جلوگیری نماید.

ارتقای سطح سلامتی و پیشگیری از بیماری

یکی از جنبه‌های بسیار مهم کار پرستاران تأکید و تمرکز بر پیشگیری از بیماری و ارتقای سطح سلامتی افراد به‌جای پرداخت صرف به ارایه مراقبت پس از ابتلا آنان به بیماری می‌باشد.

مفهوم ارتقای سطح سلامت کمک به مددجو برای حفظ و پیشبرد وضعیت سلامتی کنونی وی است.

پیشگیری از بیماری نیز به کلیه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود

1. Davidson
2. Goldsmith

که مددجو را از تهدیدات واقعی و احتمالی که سلامتی او را در معرض خطر قرار می‌دهند حفظ نماید.

اعمالی که برای ارتقای سلامتی مددجو انجام می‌گیرد ممکن است به‌صورت فعال[1] یا غیرفعال[2] باشند. اعمال غیرفعال از سوی دولت، مؤسسات بهداشتی یا اشخاص دیگر طراحی و اجرا شده و خود شخص در انجام آن‌ها نقشی ایفا نمی‌کند. مثلا اضافه‌کردن فلوراید به آب لوله‌کشی توسط سازمان آب و اضافه‌کردن ید به نمک طعام توسط مراکز بهداشت از جمله این فعالیت‌ها محسوب می‌شوند.

در مقابل، لازمه‌ی اجرای اعمال فعال دخالت و تلاش شخصی افراد می‌باشد. به‌عنوان مثال کم‌کردن وزن و خودداری از استعمال دخانیات از جمله‌ی این اعمال تلقی می‌گردند.

به‌طور کلی می‌توان اظهار نمود که هدف نهایی تمامی برنامه‌های مراقبت پرستاری ارتقای سطح سلامتی و پیشگیری از بیماری بوده و به همین دلیل آن‌ها را نیز می‌توان به‌عنوان بخشی از فعالیت‌های بهداشتی رایج در سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه طبقه‌بندی کرد:

۱- سطح پیشگیری اولیه

در حقیقت پیشگیری به‌معنای حقیقی در سطح اولیه‌ی آن خلاصه می‌شود. فعالیت‌های این سطح قبل از ابتلا به بیماری یا ناتوانی انجام شده و سلامتی جسمی و روانی افراد را تضمین می‌نماید.

در این سطح هیچگونه بیماریابی یا اقدامات درمانی انجام نشده و در عوض جهت‌گیری به‌سوی کاهش احتمال ابتلا به بیماری‌های خاص و معلولیت‌ها معطوف می‌شود.

برنامه‌های آموزش بهداشت، ایمن‌سازی و واکسیناسیون، سالم‌سازی محیط زیست مثل دفع بهداشتی زباله و فاضلاب، بهینه‌سازی تغذیه و آموزش و تمرینات ورزشی برای حفظ تناسب اندام از جمله فعالیت‌های رایج در سطح پیشگیری اولیه محسوب می‌گردند.

۲- سطح پیشگیری ثانویه

فعالیت‌های این سطح بر روی افرادی تمرکز می‌گردد که دچار مشکلاتی در سلامتی خود گردیده و یا به‌عبارت دیگر مددجو شده‌اند. هدف اصلی در سطح پیشگیری ثانویه جلوگیری از گسترش عوارض بیماری و وخیم‌ترشدن وضعیت مددجو می‌باشد. اقدامات انجام‌شده در این سطح به شناسایی و درمان مددجویان معطوف می‌گردد، به‌نحوی‌که آنان را تا حد ممکن به وضعیت سلامتی اولیه‌شان برگرداند.

بخش مهمی از برنامه‌های مراقبت پرستاری در سطح پیشگیری ثانویه، ممکن است در منزل، بیمارستان یا بخش‌های ویژه اجرا گردد.

تکنیک‌های غربالگری و شناسایی مددجویان، درمان بیماری در مراحل اولیه ابتلا به‌منظور محدودکردن ناتوانی ناشی از آن، تجویز دارو، پروسیجرهای تشخیصی درمانی مثل سی تی اسکن[3] و آنژیوگرافی[4] از جمله فعالیت‌هایی هستند که در سطح پیشگیری ثانویه انجام می‌گیرند.

۳- سطح پیشگیری ثالثیه

پیشگیری ثالثیه زمانی مطرح می‌شود که یک اختلال یا ناتوانی به‌صورت مداوم و غیرقابل برگشت در فرد ایجاد شده باشد. در این سطح اقداماتی جهت به حداقل رساندن اثرات و عوارض ناشی از بیماری انجام می‌گیرد. به‌عبارتی فعالیت‌های این سطح بیشتر از تشخیص و درمان بر روی بازتوانی یا نوتوانی مددجو متمرکز می‌شود.

مراقبت‌های پرستاری در سطح پیشگیری ثالثیه باید به نحوی تنظیم و اجرا گردند که مددجو را به بالاترین سطح عملکرد ممکن برسانند. در حقیقت این فعالیت‌ها از آن رو پیشگیری نامیده می‌شوند که از بروز ناتوانی یا کاهش قابلیت‌های فرد مبتلا به بیماری در آینده جلوگیری می‌کنند.

فیزیوتراپی و کاردرمانی در بیمارستان یا مراکز نوتوانی، ارجاع مددجویان به گروه‌های حمایتی خاصی مثل انجمن بیماران دیابتی یا انجمن بیماران کلیوی جهت استفاده از خدمات و حمایت‌های ویژه، آموزش نحوه‌ی استفاده از ابزارها و وسایل کمکی مثل عصا، صندلی چرخدار یا پروتز[5] مثال‌های مناسبی از فعالیت‌های سطح سوم پیشگیری می‌باشند.

1. Active
2. Passive
3. CT scan
4. Angiography
5. Prosthesis



■ شکل ۱ـ۲
سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی درمانی

عوامل خطرساز

عامل خطرساز یا ریسک‌فاکتور[1] به هرگونه موقعیت، رفتار، شرایط محیطی، وضعیت فیزیکی یا متغیر دیگری اطلاق می‌شود که افراد یا گروه‌های اجتماعی را در مقابل بیماری و حادثه آسیب‌پذیر سازد. این عوامل معیارهای مهمی هستند که باعث شناسایی افراد در معرض خطر از سوی پرستار می‌گردند. ضمناً آگاهی اشخاص از حضور این عوامل ممکن است باورها و نحوه عملکرد بهداشتی آنان را دستخوش تغییر و تحول کند. بررسی و شناخت دقیق ریسک‌فاکتورها-به پرستار کمک می‌کند که در زمینه‌ی تعدیل یا حذف آن‌ها برنامه‌ریزی نموده و از این طریق در جهت بهبود وضعیت سلامتی افراد گام بردارد.

به‌طور کلی عوامل خطرساز را می‌توان در هفت دسته طبقه‌بندی نمود:

۱ـ عوامل ژنتیکی و وراثت

بسیاری از بیماری‌ها و معلولیت‌ها ممکن است از طریق انتقال ژنتیکی از یک نسل به نسل‌های بعد منتقل گردد. ژن انتقال دهنده‌ی بیماری در تعدادی از این مددجویان کاملاً شناخته شده است که به‌عنوان مثال می‌توان به سندرم داون[2] یا بیماری هموفیلی[3] اشاره نمود. در تعدادی دیگر نیز طریقه‌ی انتقال هنوز به‌طور کامل شناخته شده نیست که شایع‌ترین نمونه‌ی آن دیابت[4] و فشار خون بالا[5] می‌باشند.

1. Risk factors
2. Down's syndrome
3. Hemophilia

۲ـ عوامل فیزیولوژیکی

این فاکتورها شامل تغییراتی می‌باشند که ممکن است به‌طور طبیعی در بدن هر شخص ایجاد شده و او را نسبت به بعضی از خطرات و بیماری‌ها آسیب‌پذیر سازند. مثلاً حاملگی[6] به‌عنوان فرآیندی فیزیولوژیک، تغییرات مختلفی را در بدن یک زن ایجاد نموده و وی را مستعد بروز اختلالاتی همچون افزایش فشار خون، هموروئید[7]، واریس[8]، افتادگی مثانه[9] می‌نماید. مثالی دیگر از فاکتورهای فیزیولوژیک چاقی می‌باشد. افراد چاق معمولاً استعداد بیشتری برای ابتلا به مشکلات تنفسی، تصلب شرائین[10]، دیابت و سکته قلبی[11] دارند.

۳ـ سن و دوره‌های رشد

سن از عوامل مهمی است که می‌تواند قابلیت‌های شخص برای حفظ سلامتی خود را دستخوش دگرگونی سازد. در دوران نوزادی و کودکی به‌دلیل عدم تکامل نیروهای جسمی و ذهنی، فرد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های عفونی یا صدمات ناشی از حوادث می‌باشد. در گذر از دوران نوجوانی و بلوغ، شخص در معرض هجوم انواع استرس‌ها و بیماری‌های روحی قرار می‌گیرد و در دوران پیری خطراتی همچون ابتلا به سرطان، بیماری‌های قلبی و عروقی، پوکی استخوان[12] و سکته مغزی سلامتی انسان را تهدید می‌کند. از سوی دیگر با افزایش سن و گذشت زمان نحوه‌ی تفکر و نگرش افراد به مفهوم سلامتی یا بیماری نیز دچار تغییر می‌شود. به‌عنوان مثال ابتلا یک جوان ۱۸ ساله به آرتریت روماتوئید[13] یا دیابت ممکن است وی را نسبت به ادامه حیات کاملاً ناامید و بی‌تفاوت نماید. در صورتی که همین بیماری‌ها در سن ۷۰ سالگی فرد را وامی‌دارد تا با بهره‌گیری از حداکثر امکانات و قابلیت‌های خود به درمان یا کندکردن سیر بیماری بپردازد.

4. Diabet
5. Hypertension
6. Pregnancy
7. Hemorrhoid
8. Varicosis
9. Prolapse of Bladder
10. Atrosclerosis
11. Myocard infarction
12. Osteoporosis
13. Rheumatoid Arthritis

٤ـ جنس

زن یا مردبودن به‌صورت مستقل یا وابسته قادر است که زمینه‌ساز بروز یا پیشرفت بعضی از بیماری‌ها شود. به‌عنوان مثال سرطان پروستات فقط در آقایان و سرطان پستان فقط در خانم‌ها ظهور می‌کند. استعمال زیاد دخانیات از سوی مردان آنان را ده برابر بیشتر از خانم‌ها در معرض ابتلا به سرطان ریه قرار می‌دهد. یائسگی[1] در خانم‌ها فرایند تصلب شرائین و پوکی استخوان را تسریع می‌کند.

قبول مشاغل سخت (مثل رانندگی کامیون، کار روی بلندی، کار در معدن) از سوی مردان آنان را در معرض خطرات ناشی از کار مثل تصادف و سقوط یا بیماری‌های تنفسی قرار می‌دهد.

۵ ـ نژاد

آمارها نشان می‌دهند که تعدادی از بیماری‌ها در یک گروه یا نژاد خاص بیشتر از سایر گروه‌ها بروز می‌کنند. با آن‌که علت این پدیده کاملاً مشخص و روشن نیست، ولی بحث و تحقیق در مورد آن سال‌هاست که ادامه دارد. به‌عنوان مثال فشار خون بدخیم در سیاه‌پوستان، افزایش فشار خون داخل چشم (گلوکوم[2]) در سرخ‌پوستان و بیماری دیابت در زنان یهودی بیشتر از سایر نژادها و گروه‌ها شیوع دارد.

٦ ـ عوامل محیطی

محیط فیزیکی که انسان مشغول کار و زندگی در آن می‌باشد به طرق گوناگون می‌تواند احتمال ابتلای او به بعضی از بیماری‌ها را افزایش دهد. برای مثال خطر ابتلا به سرطان در کارگران کارخانه‌های تولیدکننده‌ی مواد شیمیایی، ابتلا به بیماری‌های تنفسی در ساکنین مناطقی که هوای آلوده دارند و اختلالات شنوایی در ساکنین مناطقی که آلودگی صوتی در آنجا وجود دارد، از جمله فاکتورهای مربوط به محیط فیزیکی محسوب می‌گردند. زندگی در مناطق پرجمعیت نیز می‌تواند به‌عنوان یکی دیگر از فاکتورهای فیزیکی افراد را در معرض ابتلا به انواع بیماری‌های عفونی مسری قرار دهد.

روابط فرهنگی و اقتصادی حاکم بر محیط زندگی نیز تأثیر زیادی بر سطح سلامتی افراد می‌گذارد. مثلاً نحوه‌ی تربیت فرزندان می‌تواند از طریق ایجاد باورهای بهداشتی صحیح مثل مسواک‌زدن مرتب دندان‌ها یا جویدن مناسب غذاها از بروز بسیاری از بیماری‌ها در آینده جلوگیری بنماید. فرهنگ غذایی مرسوم در جامعه مثلاً علاقه زیاد به مصرف نمک یا شیرینی یا عدم مصرف غذاهای دریایی و لبنیات در رژیم غذایی روزانه نیز می‌تواند مستعدکننده‌ی بروز بیماری‌هایی همچون پرفشاری خون، اختلالات کلیوی، دیابت یا افزایش چربی خون باشند. ضعف اخلاقی و بی‌بند و باری جنسی منشأ بروز بسیاری از بیماری‌های قرن حاضر مانند ایدز محسوب می‌گردد. فقر اقتصادی به‌عنوان یکی دیگر از فاکتورهای محیطی باعث عدم دسترسی افراد به غذا، مسکن و امکانات بهداشتی مناسب می‌شود. معمولاً این افراد تنها زمانی به فکر سلامتی خود می‌افتند که دچار علایم ناشی از ابتلا به یک بیماری شده باشند. به این ترتیب توان اقتصادی ناچیز گروه‌های اجتماعی پایین جامعه بیشتر از پیشگیری صرف درمان می‌شود که اغلب نتیجه مطلوبی نیز در پی نخواهد داشت.

۷ـ عادات و شیوه‌های زندگی

بسیاری از رفتارها، حرکات و فعالیت‌های به‌ظاهر عادی زندگی روزمره ممکن است در درازمدت به‌صورت عوامل خطرسازی درآمده و سلامتی انسان را در معرض خطر قرار دهد. پرخوری یا کم‌خوری، کار زیاد، کاهش ساعات خواب و استراحت، استعمال دخانیات، مصرف الکل یا سایر داروهای محرک، تماس زیاد با نور آفتاب، رژیم غذایی پرکلسترول، زندگی در خانواده‌های پرتنش، قبول مشاغل پرخطر و پرمسؤولیت همگی مثال‌های واضحی از این عوامل بوده که فرد را به‌سوی بیماری‌های مختلف سوق می‌دهد.



شکل ۲ـ ۲ :عوامل مؤثر در روند سلامت و بیماری افرد جامعه

1. Menopause
2. Glaucoma

فصل ۳

استرس و انطباق

بابک روزبهان

اهداف آموزشی این فصل

پس از مطالعه، انتظار می‌رود فراگیر قادر باشد

۱. مراحل مختلف سندرم سازگاری عمومی (GAS) را توضیح دهد.
۲. در خصوص مدل‌های مختلف سازگاری با استرس توضیحاتی را ارایه نماید.
۳. انواع مکانیسم‌های دفاع روانی در انسان را شناسایی کند.
۴. معیارهای مشخص‌کننده‌ی وجود استرس در انسان (مددجویان) را تشخیص دهد.
۵. در مورد اقدامات پرستاری رایج به‌منظور رفع یا کاهش استرس بحث کند.

هر انسانی در طول زندگی خود به کرّات با اشکال مختلفی از استرس‌ها روبرو می‌شود. در حقیقت استرس‌ها جزء لاینفکی از حیات را تشکیل می‌دهند. واژه‌ی استرس یا تنش به هر عامل فشاری اطلاق می‌گردد که تعادل یک ارگانیسم زنده را از داخل یا خارج مختل سازد (دوگاس[1] ۱۹۸۳). در تعریفی دیگر استرس‌ها پدیده‌های پیچیده‌یی محسوب می‌گردند که بر روی ابعاد مختلف فیزیکی، روانی، عقلی، اجتماعی، عاطفی و یا رشد موجودات اثر بگذارند (لیندسی و کاریری[2] ۱۹۸۶). استرس‌ها را از یک‌سو می‌توان به‌عنوان تحریکات[3] مثبتی تلقی نمود که باعث ایجاد تغییرات سازنده و شکوفایی در روند رشد و تکامل انسان می‌گردد. این اتفاق تنها موقعی رخ می‌دهد که شخص بتواند مدیریت و سازماندهی مناسب بر روی منابع استرس‌زا داشته و از مکانیسم‌های حل مشکل خود به بهترین نحو در جهت تطابق با استرس‌ها بهره جوید. در غیر این صورت استرس‌ها می‌توانند منابع بالقوه‌یی برای بیماری، فرسودگی و ناتوانی انسان محسوب گردند.

از یک دیدگاه بزرگترین مسؤولیت پرستاران در قبال مددجویان را می‌توان کمک به آنان در جهت انطباق با استرس‌های وارده در نظر گرفت. حصول به این هدف تنها از طریق بررسی و شناخت قابلیت‌ها و راهکارهای سازشی مددجویان در برخورد با استرس‌ها، شناسایی عوامل خطر خنثی‌کننده قابلیت‌های مذکور و همچنین تقویت و ارتقای این قابلیت‌ها امکان‌پذیر می‌گردد.

در حقیقت خط مشی اصلی حرفه پرستاری سازماندهی و تقویت بهینه نیروهای سازشی مددجو در برخورد با استرس‌های بالقوه یا بالفعل می‌باشد که در جهت حفظ سلامتی آنان انجام می‌گیرد.

استرس‌ها را می‌توان از دو بُعد مورد ارزیابی قرار داد:
۱. استرس به‌عنوان یک محرک
۲. استرس به‌عنوان یک پاسخ

وقتی که به استرس به‌عنوان محرک بنگریم می‌توان آن را حادثه یا مجموعه‌یی از حوادث اطلاق نمود که منجر به بروز وقفه و ازهم‌گسیختگی در شیوه‌ی زندگی، ارتباط‌پذیری، رفع نیازهای اساسی و سایر قابلیت‌های فردی انسان می‌شود

1. Dugas
2. Lindsay and carrieri
3. Stimulus

(لازاروس[1] ۱۹۹۲).

در دیدگاه دوم استرس نوعی پاسخ غیراختصاصی است که بدن نسبت به درخواست‌هایی که از وی به عمل می‌آید، نشان می‌دهد (سلیه[2] ۱۹۷۴). هانس سلیه و دیگر همفکران او نوعی مدل تئوریک ابداع کردند که اساس آن بر این تعریف که استرس پاسخی به یک یا چند تحریک معین می‌باشد، استوار است. وی به‌خاطر آن‌که تفاوتی مابین عوامل استرس‌زا (محرکات) و پاسخ به استرس قائل شود برای اولین بار از واژه‌ی استرسور استفاده نموده و آن را این‌گونه توصیف نمود: استرسور محرک یا عاملی است که باعث ایجاد عکس‌العمل و پاسخ نسبت به استرس در فرد می‌گردد. به‌عبارت دیگر استرسور به مواردی اطلاق می‌شود که شخص را در جهت سازش با خود وادار به تغییر می‌نماید.

استرسورها می‌توانند فیزیولوژیکی، بیولوژیکی یا فرهنگی اجتماعی بوده و از سوی فرد به‌صورت مثبت یا منفی تلقی گردند.

مثالی از استرسورهای مثبت قبولی در امتحانات کنکور و ورود به دانشگاه می‌باشد که شخص را مجبور می‌کند برای تطبیق با وضعیت جدید و کسب موفقیت، تغییراتی را در شیوه زندگی خود ایجاد نماید. سلیه پیشنهاد می‌کند که این‌گونه استرسورهای خوب و خوشایند ائوسترس[3] نامیده شود. این ترکیب تلفیقی از پیشوند eu به‌معنای خوب و خوشایند و واژه‌ی استرس می‌باشد.

سلیه در مقابل، هرگونه اتفاق منفی و نامطلوب مثل اخراج شدن از کار، جدایی از یک دوست نزدیک و بستری‌شدن در بیمارستان را دیسترس[4] می‌نامد. وی نتیجه می‌گیرد بدن انسان در جهت سازش با هرگونه عامل استرس‌زا بدون توجه به ماهیت و علت آن متحمل یکسری تغییرات یا واکنش‌های فیزیولوژیک و بیوشیمیایی در تمامی دستگاه‌های خود می‌شود که آن‌ها را در قالب مدلی به‌نام سندرم سازگاری عمومی[5] تعریف می‌نماید.

سندرم سازگاری عمومی (GAS)

بدن در پاسخ به وضعیت‌های استرس‌زا به ترتیب از سه مرحله متفاوت و مرتبط به یکدیگر عبور می‌نماید:

1. Lazarus
2. Selye
3. Eustress
4. Distress
5. General Adaptation Syndrome (GAS)

مرحله اول: آگاهی از خطر[6] یا اخطار

در این مرحله شخص از وجود خطر یا به‌عبارتی عامل استرس‌زا آگاه شده و با توجه به موقعیت، آماده‌ی مقابله یا فرار از آن می‌گردد. چنین آمادگی شامل ترشح هورمون‌ها و فعال‌شدن سیستم عصبی و ایمنی بدن می‌باشد. در این شرایط تغییراتی همچون ترشح اپی‌نفرین[7]، نوراپی‌نفرین[8] و کورتیکواستروئید[9] از غده فوق کلیوی با هدف افزایش سطح هوشیاری، افزایش سطح گلوکز خون از طریق تحریک فرایند گلوکونئوژنز[10] در کبد، بالابردن فشار خون و ازدیاد ضربان قلب و تنفس به‌وقوع می‌پیوندد که همگی آنان بدن را آماده واکنش به موقع نسبت به استرس می‌نمایند.

مرحله‌ی اخطار ممکن است از چند دقیقه یا چند ساعت طول بکشد. در صورتی‌که وضعیت استرس‌زا همچنان ادامه یافته و یا خطرات جدی‌تری را به‌همراه داشته باشد بدن ناگزیر وارد مرحله دوم یا مرحله مقاومت[11] خواهد شد.

مرحله دوم: مقاومت

در مرحله‌ی مقاومت بدن تلاش می‌کند از طریق فعال‌کردن مکانیسم‌های تطابقی خود به نحوی با استرسور موجود سازش پیدا کرده و به تعادل مجدد دست یابد. تغییراتی که در مرحله نخست در ارگان‌های مختلف پدید آمده بود، در این مرحله تثبیت شده و بدن وارد یک جنگ تمام‌عیار و طولانی‌مدت با استرس پدید آمده می‌شود. در چنین وضعیتی اگر بدن انرژی و توان کافی برای ادامه فعالیت‌های تطابقی خود داشته باشد، پس از یک دوران نقاهت بهبودی خود را به‌دست می‌آورد. اما اگر قدرت‌های دفاعی بدن جهت مقابله با استرسورها کافی نبوده و فرایند سازش به‌خوبی دنبال نشود، شخص وارد سومین مرحله که مرحله فرسایش یا خستگی[12] است خواهد گردید.

مرحله سوم: خستگی

در این مرحله از یکسو دامنه‌ی واکنش‌های فیزیولوژیک بدن علیه استرسور مقاوم افزایش یافته و از سوی دیگر منابع انرژی موجود برای ادامه این فعالیت‌ها تهی می‌گردند. بدین

6. Alarm reaction
7. Epinephrine
8. Norepinephrine
9. Corticosteroid
10. Gluconeogenesis
11. Stage of resistance
12. Stage of exhaustion

ترتیب تحلیل و خستگی بروز کرده و مکانیسم تطابق متوقف می‌شود. بدترین نتیجه برای این مرحله ناتوانی کامل و مرگ می‌باشد (تصویر ۳ـ ۱).

همان‌طور که ملاحظه شد در سندرم سازگاری عمومی تمامی ارگان‌های بدن به‌طور یکپارچه علیه استرس به حالت آماده‌باش درآمده و فعالیت همه‌جانبه‌یی جهت سازش با آن آغاز می‌شود. در مقابل سلیه مفهوم دیگری به‌نام سندرم سازگاری موضعی[1] LAS را نیز مطرح نمود که در آن تنها منطقه مشخصی از بدن مثل یک بافت، یک عضو یا یک ارگان جهت سازش با یک استرس خاص به مقابله برمی‌خیزد. چنین استرس‌هایی مانند تروما، التهاب، درد و زخم به کرات در زندگی روزمره اتفاق افتاده و بدن از مکانیسم سازگاری موضعی بسیار بیشتر از سازگاری عمومی استفاده می‌نماید.

صرف نظر از اشکال متفاوت LAS همگی آن‌ها در خصوصیات زیر با هم مشترک‌اند:

- پاسخ‌های ایجادشده به‌صورت موضعی اتفاق افتاده و تمامیت بدن درگیر نمی‌شود.
- لازمه بروز آن‌ها تحریک‌شدن توسط یک استرسور است.
- پاسخ‌های ایجادشده زودگذر بوده و به‌صورت نامحدود ادامه نمی‌یابند.
- تمامی پاسخ‌ها با هدف حفظ ثبات محیط شیمیایی بدن (هموستاز) در ناحیه یا بخش خاصی از آن صورت می‌گیرد.

LAS نیز همانند GAS از سه مرحله مشابه تشکیل شده است که تنها فرق موجود، محدودیت و موضعی‌بودن LAS می‌باشد. به‌عنوان مثال اگر فرورفتن یک شیء تیز مانند سوزن در دست را نوعی استرس محسوب کنیم، وقوع مراحل سازگاری موضعی به ترتیب عبارتند از:

در مرحله‌ی اخطار رگ‌های خونی ناحیه گشاد شده و جریان خون آن‌ها افزایش می‌یابد. ضمناً بافت‌های فیبری پیوندی موضع آسیب‌دیده متورم می‌شوند تا بدین طریق از پخش عامل عفونی احتمالی در خون جلوگیری کنند.

در مرحله‌ی مقاومت گلبول‌های سفید و سایر عوامل دفاعی از طریق جریان خون به موضع آسیب‌دیده هجوم آورده، با عمل فاگوسیتوز و ترشح آنتی‌بادی‌ها به مقابله با میکروب‌ها یا سموم تولیدشده توسط آن‌ها می‌پردازند.

در صورتی‌که سیستم دفاعی بدن ضعیف بوده و نتواند منبع استرس‌زا (در اینجا عامل عفونی) را از بین ببرد، عفونت به بافت‌های اطراف و سایر قسمت‌های بدن انتشار پیدا کرده و مرحله خستگی بروز می‌نماید.

اگرچه مدل سلیه در زمان خود جهشی بزرگ جهت شناخت و بررسی استرس‌ها محسوب می‌گردید و کاربرد آن در زمان حال نیز کمک زیادی به درک ماهیت بیماری‌زایی بسیاری از پدیده‌ها می‌نماید، اما نقطه ضعف عمده این مدل در آن است که توجهی به تفاوت‌های اشخاص و تأثیر بارز آن در نحوه‌ی پاسخ‌دهی به الگوهای سازشی توصیف‌شده نمی‌کند. این فقدان انعطاف‌پذیری ممکن است برای پرستاران مشکلات عمده‌یی را هنگام بررسی وضعیت مددجویان به‌وجود آورد. در چنین شرایطی پرستار می‌تواند از مدل‌های دیگری برای شناخت ابعاد مختلف استرس‌ها استفاده نماید. در ادامه به‌عنوان نمونه اشاره‌یی گذرا به دو نوع از این مدل‌ها خواهیم داشت.

1. Local Adaptation Syndrome LAS



شکل ۱ـ ۳
مراحل مختلف سندرم سازش عمومی (GAS).

مدل سازگاری روی[1]

در این مدل سه محور اصلی برای بررسی موقعیت‌های استرس‌زا مطرح می‌گردد که عبارتند از:

- **قابلیت فرد برای سازش با استرس.** این عامل تا حدود زیادی به تجربیات قبلی وی در مواجهه با موقعیت‌های مشابه، سیستم‌های حمایتی موجود و میزان شناخت کلی از استرسور وابسته می‌باشد.
- **معیارها و میزان‌های حاکم بر گروه‌های اجتماعی که فرد عضو آن‌ها محسوب می‌شود.** به‌عنوان مثال اگر گروه، بحث درباره‌ی یک استرسور خاص را تأیید نموده و آن را امری عادی تلقی کند، فرد به‌راحتی نگرانی یا ناراحتی خود از درگیری با استرسور فوق‌الذکر را در گروه عنوان نموده و بدین ترتیب با کمک‌گرفتن از دیگران روند سازش را تسریع می‌کند.
- **نحوه‌ی ارتباط و بهره‌گیری فرد از منابع اجتماعی برای کمک به فرایند سازش.** به‌عنوان مثال دانش‌آموزی را تصور کنید که اعتیاد پدرش به مواد مخدر و وضعیت بد اقتصادی خانواده را با معلم خویش مطرح می‌نماید. معلم از طریق معرفی او به مراجع قانونی و حمایتگر اجتماعی مثل پلیس، بهزیستی و مددکاران اجتماعی سعی در حل مشکل دانش‌آموز نموده و بدین ترتیب از تأثیر مخرب این استرس قوی (اعتیاد) بر خانواده‌ی دانش‌آموز تا اندازه‌ای می‌کاهد.

به‌طور خلاصه مدل سازگاری روی بیان می‌کند که: اگر هریک از سه محور فوق دچار ضعف و نارسایی گردند، فرد به‌دلیل عدم آمادگی در هنگام برخورد با موقعیت استرس‌زا دچار افزایش اضطراب و تنش شده که این مسأله ممکن است به بیماری وی منجر شود. پرستاران از طریق به‌کارگیری مدل روی می‌توانند علل عدم موفقیت الگوهای سازشی مددجویان

1. Roy adaptation model

را بررسی نموده و با شناسایی موانع موجود، تأثیر استرس بر روی فرد یا خانواده‌اش را کاهش دهند.

مدل مبتنی بر محرک[1]

اساس این فرضیه بر سه فرض استوار می‌باشد:

- حوادثی که باعث ایجاد تغییر در زندگی می‌شوند، امری طبیعی تلقی شده و انسان برای کسب تعادل مجدد نیاز به سازش و انطباق دارد.
- انسان‌ها گیرنده‌های غیرفعالی برای قبول استرس محسوب شده و نحوه‌ی درک و پذیرش آن‌ها از عوامل محرک اغلب اوقات نادرست و بی‌ربط می‌باشد.
- هر فردی آستانه مشخصی برای تحمل و مقابله با عوامل محرک (استرسورها) دارد و اگر شدت محرک ذره‌یی از حد آستانه فراتر رود، مسبب بروز بیماری در آن فرد می‌گردد.

در این مدل برخلاف مدل سلیه تمرکز بر کمیّت و کیفیت تحریکات استرس‌زا می‌باشد، در حالی‌که در مدل سلیه نحوه‌ی پاسخ‌دهی فرد به تحریکات مدنظر قرار دارد. ولی مشابه با مدل سلیه در این جا نیز به تفاوت‌های فردی انسان‌ها در نحوه‌ی پذیرش و واکنش به استرسورها توجهی نشده است که این موضوع نقطه ضعف مهمی برای هر دو مدل محسوب می‌شود.

مکانیسم‌های دفاع روانی

نحوه‌ی پاسخ‌دهی فرد به استرس تا حدود زیادی تحت تأثیر مهارت‌های سازشی وی قرار دارد. لازمه سازش موفقیت‌آمیز با وضعیت‌های استرس‌زا انعطاف‌پذیری شخصی در استفاده از انواع مختلف مکانیسم‌های دفاع روانی می‌باشد. مکانیسم‌های دفاعی، جریانات ناخودآگاه و حفاظت‌کننده‌یی هستند که فرد را قادر می‌سازند از طریق تغییر شکل، تضعیف یا تکذیب منابع استرس‌زا از شدت اضطراب حاصله و قدرت بیماری زایی آن‌ها بکاهد (وینمن[2]، ۱۹۹۴). در حقیقت این مکانیسم‌ها نمایانگر فرآیندهای ذهنی، تغییرات یا رفتارهایی هستند که انسان‌ها برای محافظت از خود در مقابل استرسورهایی که سلامتی و اعتماد به نفس آنان را تهدید می‌کنند، به‌کار می‌گیرند.



شکل ۲ـ۳
انواع مختلف مکانیسم‌های دفاع روانی

استفاده‌ی مقتضی و در حد اعتدال از مکانیسم‌های دفاع روانی باعث حفظ تعادل روحی فرد شده و به وی کمک می‌کند تا بصیرت و جرأت کافی برای روبروشدن با واقعیات زندگی را کسب نماید. نتیجه‌ی منطقی این موضوع مهیاشدن زمینه‌های لازم برای رشد روحی و عاطفی انسان می‌باشد. اما اگر در استفاده از این مکانیسم‌ها افراط شده و در یک زمان طولانی به‌صورت یکنواخت به‌کار گرفته شوند، ممکن است اثرات معکوس ایجاد کرده و حتی خود باعث بیماری گردند. در چنین شرایطی آن‌ها می‌توانند درک صحیح از ماهیت واقعی حوادث را دچار وقفه نموده و بدین‌ترتیب شناخت فرد از نقاط ضعف خود در مقابله با این حوادث را با مشکل مواجه سازند.

تعدادی از مکانیسم‌های دفاعی روانی که به‌صورت رایج در مقابله با استرس‌ها به کار گرفته می‌شوند عبارتند از:

فراموشی و سرکوب ناخودآگاه (Repression).

در این شیوه، مشکل یا مسأله به بخش نیمه‌آگاه یا ناخودآگاه ذهن رانده شده و شخص برای فرار از مشکلات به خیالبافی روی می‌آورد. به‌عنوان مثال مردی که توانایی تولیدمثل نداشته و بچه‌دار نمی‌شود، این مشکل را فراموش کرده و تلاش می‌کند ارتباط خود با تمام چیزهایی که وی را به یاد این موضوع می‌اندازد قطع نماید. مثلاً از همسر خود جدا شده و با دوستان قدیمی خود رفت و آمد نمی‌کند.

1. Stimulus-Based model
2. Wineman

فراموش و سرکوب آگاهانه (Suppression)

اجتناب از فکرکردن به مشکل یا مسأله‌یی به‌صورت هوشیارانه و هدف‌دار را گویند. مثلاً خوابیدن یا سفرکردن به‌منظور فراموش‌کردن جدایی از یک دوست یا به‌شکلی والاتر عبور از کنار مشکل با توکل‌کردن به خداوند.

انکار (Denial)

عدم قبول و باورنکردن واقعیت‌ها به همان صورتی‌که هستند و تصور آن‌ها به‌شکلی که مطلوب شخص می‌باشند. مثلاً زنی که مرگ فرزند خردسال خود را قبول نکرده مرتباً برای او لباس و اسباب‌بازی خریده، شب‌ها گهواره‌اش را تکان داده و برای او لالایی می‌گوید. یا فردی‌که مبتلا به بیماری لاعلاجی شده است، منکر آن بیماری گردیده و برای پیگیری درمان به پزشک مراجعه نمی‌کند.



■ شکل ۳_۳: ردکردن و انکار واقعیت‌ها

دلیل‌تراشی (Rationalization)

موجه نشان‌دادن یک عمل یا رفتار از طریق مخفی‌کردن علت اصلی و جایگزینی آن با یک دلیل قابل قبول است. مثلاً دانش‌آموزی که در امتحانات قبول نشده، مشکل‌بودن بیش از حد سؤالات را به‌عنوان دلیل مطرح می‌کند. یا دانشجویی که به‌جای رفتن به کلاس درس با دوستان خود به سینما و پارک رفته، با این دلیل که هر فردی نیاز به استراحت و تفریح دارد، رفتار خود را توجیه می‌نماید.



شکل ۴_۳

■ دلیل‌تراشی به منظور موجه نشان‌دادن اعمال و رفتار

جابه‌جایی (Displacement)

جابه‌جایی به‌معنای انتقال احساسات هیجان‌آمیز مانند خشم و اندوه به شخص یا چیزی‌که هیچ‌گونه ارتباطی با علت اصلی موضوع ندارد. مثلاً کوبیدن در اتاق توسط یک کارمند پس از توبیخ‌شدن از سوی رئیس. یا فریادزدن پدر خانواده بر سر فرزندان خود به‌دنبال ضررکردن در یک معامله تجاری.

سیر قهقرایی و برگشت (Regression)

به‌معنای بازگشت مجدد به رفتارها و اعمالی که بیشتر مناسب سنین پایین‌تر می‌باشد. این مکانیسم به کرّات از سوی کودکان بزرگتر پس از به‌دنیاآمدن برادر یا خواهر کوچکتر به‌کار گرفته شده و هدف آن جلب توجه والدین است. نمونه‌یی از این اعمال مکیدن پستانک یا خوردن شیر در شیشه شیر می‌باشد.



■ شکل ۵_۳

سیر قهقرایی کودکان بزرگ‌تر پس از تولد خوهر یا برادر کوچکتر از خود

فرافکنی (Projection)

نسبت‌دادن افکار، احساسات، عقاید یا انگیزه‌های شخصی و غیرقابل خود به افراد دیگر. مثلاً تنفرداشتن از یک شخص یا طبقه خاص و بازگوکردن این نکته که آن شخص یا اشخاص همگی دشمن وی بوده و درصدد آسیب‌زدن به او می‌باشند.



■ شکل ۶_۳: فرافکنی اعمال و افکار به دیگران

تبدیل (Conversion)

این مکانیسم که فیزیکی‌شدن یا somatization نیز نامیده می‌شود، زمانی بروز می‌کند که استرس‌های روحی افراد به‌صورت اختلالات و علایم جسمی ظاهر شوند. به‌عنوان مثال ابتلا به اسهال و استفراغ دانش‌آموزان در زمان امتحانات نهایی یا تشنج و غش‌کردن یک زن به‌دنبال اختلافات طولانی‌مدت با شوهر خود.

جبران (Compensation)

کوشش برای کسب اعتبار و موفقیت در یک فعالیت خاص برای جبران ضعف یا شکست در فعالیتی دیگر می‌باشد. مثلاً ناتوانی و ضعف بدنی باعث گردد که شخص سخنران زبردستی شود، یا شکست در امتحانات ورودی دانشگاه شخص را به پیشرفت در کارهای فنی کاربردی مثل مکانیکی سوق می‌دهد.

تصعید (Sublimation)

به‌معنای هدایت تمایلات و غریزه‌های ناپسند و غیرقابل قبول به‌سمت رفتارهای پسندیده و قابل قبول اجتماعی است. مثلاً تمایل به خشونت و ویرانگری در یک شخص و عضویت وی در یک باشگاه هنرهای رزمی مثل کاراته یا جودو.

بهینه‌سازی واکنش‌ها (Reaction formation)

یعنی عمل‌کردن به چیزی که مخالف خواسته‌ها و تمایلات درونی فرد باشد. این رفتار به‌نوعی افراط در جبران‌کردن نیز محسوب می‌گردد. مثلاً فردی که از یک عقیده یا شخص خاص متنفر است خود را دوستدار یا مرید آن شخص یا مرام نشان می‌دهد.

تقلیدکردن (Identification)

الگوبرداری از دیگران و دنباله‌روی از رفتارها و اعمال موردپسند فرد است. به‌عنوان نمونه تقلیدکردن یک نوجوان از شیوه‌ی حرف‌زدن یا لباس‌پوشیدن یک هنرپیشه یا ورزشکار و تقلید یک بچه از اعمال والدین خود.

عوامل مؤثر بر روند سازش

نقش‌ها و ارتباطات

قبول نقش‌ها و مسؤولیت‌های جدید در هر دوره از زندگی باعث بروز استرس‌هایی می‌گردد که شخص در صورت عدم سازش با آن‌ها دچار اضطراب و بیماری خواهد شد. رفتن به یک مدرسه جدید، تغییر شهر یا کشور محل زندگی، قبول‌شدن در دانشگاه، ازدواج، حاملگی و مادرشدن، وضعیت‌های جدیدی هستند که شخص برای انطباق یا تغییر آن‌ها نیاز به استفاده از مکانیسم‌های سازشی دارد.

تغذیه و متابولیسم

در صورتی‌که بدن به‌طور کافی و صحیح تغذیه شده و دچار سوءتغذیه ناشی از کم‌خوری یا پرخوری نباشد، غذا می‌تواند به‌عنوان یک منبع انرژی‌زا مقاومت و توانایی شخص را برای مقابله با استرس‌ها افزایش دهد.

فعالیت و تمرین بدنی

ورزش منظم روزانه مزایایی همچون تقویت سیستم قلبی عروقی، جلوگیری از ازدیاد وزن، بهبود عملکرد عضلات داشته و به‌طور کلی احساس تندرست‌بودن را به شخص القا می‌کند. این موضوع باعث می‌شود که شخص آمادگی کافی را برای حل مشکلات و استرس‌های روزانه خود کسب کرده و از شدت یافتن یا مزمن‌شدن آن‌ها جلوگیری کند.

خواب و استراحت

آرامش و استراحت کافی یکی از مهم‌ترین عواملی هستند که شخص برای غلبه مؤثر بر استرس‌ها به آن‌ها نیاز دارد. افرادی که مشاغل پرمسؤولیتی داشته و وقت کافی برای خواب و استراحت ندارند قدرت تمرکز و سازماندهی قابلیت‌های خود برای مقابله با استرس‌ها را از دست داده و در نتیجه مستعد ابتلا به انواع بیماری‌ها می‌گردند.

امنیت و اطمینان

درجه و شدت تهدیدی که عامل استرس‌زا در هر فرد به‌وجود می‌آورد و همچنین میزان موفقیتی که وی در مقابله با این

عامل کسب می‌کند رابطه مستقیمی با میزان امنیتی دارد که فرد از محیط اطراف خود دریافت می‌نماید. به‌عنوان مثال دانش‌آموزی که در امتحانات آخر سال تجدید شده است، در صورت اطمینان از همدردی و حمایت والدین خود این استرس را بهتر تحمل کرده و با برنامه‌ریزی مناسب در جهت قبولی در آن دروس تلاش می‌کند. ولی در صورت برخورد شدید و بدون انعطاف خانواده، شدت استرس وارده بر وی چندین برابر خواهد شد.

تجربیات قبلی

تجربیات گذشته در مقابله با استرسورهای مشابه می‌تواند نحوه‌ی پاسخ‌دهی و انطباق فرد را تحت تأثیر قرار دهد. چنین تجاربی ممکن است به‌صورت غیرمستقیم از دیگر اعضای خانواده کسب شود مثلاً پدری که از بلندی می‌ترسد، این ترس را به فرزند خود نیز منتقل می‌کند. از سوی دیگر احتمال دارد که این تجارب ناشی از درگیری مستقیم شخص با یک وضعیت استرس‌زا در گذشته باشند. مثلاً فردی‌که قبلاً سابقه‌ی بستری در بیمارستان داشته است، مانند یک بیمار تازه‌وارد از بستری‌شدن و برخورد با محیط بیمارستان نمی‌هراسد.

پرستار و معیارهای بررسی استرس

با توجه به پیچیدگی مکانیسم بروز استرس و کثرت فاکتورهای مؤثر بر روند سازش که در صفحات قبل به تعدادی از آن‌ها اشاره شد، پرستار ممکن است قادر نباشد در تمامی مواقع نحوه‌ی عکس‌العمل مددجو به استرس را شناسایی نماید. برای شناخت بهتر تأثیر استرس‌ها بر روی افراد، پرستار می‌تواند دو دسته از شاخص‌های عمده را به‌عنوان معیار مد نظر قرار دهد.

این شاخص‌ها عبارتند از:

شاخص‌های فیزیولوژیک

شاخص‌های فیزیولوژیک استرس نشانه‌هایی عینی و قابل دسترس هستند که دارای قابلیت اندازه‌گیری نیز می‌باشند. این نشانه‌ها ممکن است در هر مرحله‌یی از استرس ظاهر شده و از سیستم‌های گوناگون بدن منشأ بگیرند. تعدادی از این شاخص‌ها عبارتد از:

- بالارفتن فشار خون، کشیدگی عضلات پشت، گردن و شانه‌ها، افزایش تعداد نبض و تنفس، عرق‌کردن کف دست‌ها، سردشدن انتهاها، تغییر ناگهانی در وضعیت بدن، خستگی، سردرد، دل به‌هم‌خوردگی، تغییر لحن صدا، تهوع[1]، استفراغ[2] و اسهال[3]، تغییر در اشتها، افزایش دفعات دفع ادرار، غیرطبیعی‌شدن یافته‌های آزمایشگاهی مثل بالارفتن سطح هورمون‌های آدرنال[4]، کورتیزل[5] کاتکول‌آمین‌ها[6] و قند خون[7]، کلافگی، بی‌خوابی[8]، بیقراری و گشادشدن مردمک‌ها.

شاخص‌های روحی

این شاخص‌ها تغییراتی در وضعیت روحی شخص هستند که به‌صورت پنهان و گاهاً آشکار اتفاق افتاده و معمولاً نتیجه‌ی یک استرس طولانی‌مدت می‌باشند. پرستار می‌تواند با توجه به تغییرات رفتاری عاطفی افراد این شاخص‌ها را مورد بررسی قرار دهد. شدت و ضعف چنین تغییراتی در اشخاص مختلف متفاوت بوده و به عوامل متعددی همچون سیستم‌های حمایتی موجود، تجربیات قبلی، نحوه به‌کارگیری مکانیسم‌های سازشی، سطح رشد و... بستگی دارد. مهم‌ترین شاخص‌های روحی عبارتند از:

- اضطراب[9]، افسردگی[10]، تغییر در الگوهای خواب و تغذیه و فعالیت، خستگی روحی، احساس بیهودگی، ازدست‌دادن اعتماد به نفس، فقدان انگیزه، تخلیه عاطفی با گریه‌کردن و فریادکشیدن، بی‌علاقگی به کار وفعالیت، بروز اشتباهات مکرر در کارها و تصمیم‌گیری‌ها، فراموش‌کاری[11]، کاهش توجه به جزئیات هر مسأله یا اتفاق، حواس‌پرتی[12]، بی‌توجهی نسبت به وظایف محوله، خواب‌آلودگی[13] و فقدان دلبستگی.

1. Nausea
2. Vomitting
3. Diarrhoea
4. Adernocorticotropic
5. Cortisol
6. Catecholamine
7. Hyperglcemia
8. Insomnia
9. Anxiety
10. Depression
11. Forgetfulness
12. Preoccupation
13. Lethargy

نقش پرستار در پیشگیری و درمان استرس

گام اول: بررسی[1]

در این مرحله پرستار باید از طریق جمع‌آوری اطلاعات ذهنی[2] و عینی[3]، انواع منابع استرس‌زا در اطراف بیمار و الگوهای سازشی به‌کار گرفته‌شده توسط وی را شناسایی و بدین وسیله عوامل بازدارنده و تقویت‌کننده در هر مورد را تعیین نماید.

اطلاعات ذهنی و غیرمشهود را می‌توان از طریق مصاحبه با بیمار و خانواده‌اش و همچنین توجه به ارتباطات غیرکلامی او مثل فیگورهای بدنی، حالات صورت، لحن صدا و حرکات دست و پا در هنگام پاسخ‌دهی به سؤالات به‌دست آورد. راجع به تکنیک‌های مصاحبه و روش طرح سؤالات در بخش‌های آتی مفصلاً بحث خواهد شد.

پرستار می‌تواند اطلاعات عینی را نیز از طریق معاینه‌ی مستقیم بیمار و کنترل شاخص‌های جسمی و روانی ناشی از استرس بر روی فرد کسب نماید که به تعدادی از مهم‌ترین این شاخص‌ها در سطور پیشین اشاره شده است. البته در مورد روش‌های مختلف معاینه نیز بعداً در بخش‌های آتی کتاب به‌طور مشروح صحبت خواهد شد.

در ذیل به بعضی از منابع استرس‌زایی که پرستار باید در مرحله‌ی بررسی به آن‌ها توجه کند اشاره شده است.

استرس‌های فیزیولوژیک

هرگونه تغییر در الگوی طبیعی فعالیت سیستم‌های بدن به‌عنوان نوعی استرس فیزیولوژیک محسوب می‌شود. مواردی همچون آستانه خستگی، کفایت خواب، میزان اشتها، وضعیت اجابت مزاج و سطح تحمل فعالیت‌های بدنی از جمله مواردی هستند که باید در این بعد مورد بررسی قرار گیرند. مشاهده‌ی انحراف از الگوی طبیعی در هر بخش (مثل بی‌خوابی، ضعف، بی‌اشتهایی، اسهال یا یبوست، کم‌تحرکی) می‌تواند نوعی پاسخ انطباقی غیرمؤثر تلقی گردد.

استرس‌های روحی

این نوع استرس‌ها از افکار و احساسات فرد در مورد اتفاقات سرچشمه گرفته و به‌عبارتی نحوه درک وی از حوادث را نشان می‌دهند.

1. Assesment
2. Subjective
3. Objective

پرسش از مددجو درباه‌ی نگرانی‌ها و مشکلات شخصی و گوش‌دادن به توضیحات وی درباره احساساتی که در هنگام برخورد با مشکلات تجربه می‌نماید، روش مناسبی برای بررسی استرس‌های روحی مددجو می‌باشد. پاسخ‌های انطباقی مددجو در این موارد ممکن است به‌صورت انکار، بی‌ثباتی عواطف[4]، شک و بدگمانی[5]، خصومت[6]، سیر قهقرایی، افسردگی یا گوشه‌گیری[7] جلوه‌گر شوند.

استرس‌های محیطی

استرس‌های محیطی اغلب اوقات به‌دنبال تغییر مکان و واردشدن به یک محیط ناآشنا بروز می‌کنند. در چنین شرایطی برخورد با صداها، بوها و مناظر جدید می‌توانند عوامل استرس‌زا محسوب شوند. بستری‌شدن در بیمارستان استرس‌های دیگری مثل تجاوز به حریم شخصی، تغییر در فعالیت‌های روزمره و کاهش یا افزایش تحریکات حسی را نیز در پی دارد.

برای بررسی تأثیر استرس‌های محیطی بر روی مددجو، پرستار باید از طریق مطرح‌کردن سؤالاتی، نظرات و احساسات وی را در مورد محیط بیمارستان و عناصر و عوامل موجود در آن مثل وسایل، کارکنان، غذا، سر و صدا، درجه حرارت، روش‌های درمانی و... جویا شود.

استرس‌های فرهنگی اجتماعی

این استرس‌ها شامل نگرانی‌ها و تشویش‌هایی است که در ارتباط با خانواده، اقتصاد، شیوه‌های زندگی، اخلاق و مذهب در مددجو به‌وجود می‌آید. برای شناخت بهتر این استرس‌ها پرستار می‌تواند با طرح چند پرسش مواردی همچون تأثیر بیماری بر روی وضعیت زندگی و آینده شغلی مددجو، منابع مالی خانواده، نوع بیمه‌ی پوشش‌دهنده مددجو و هماهنگی یا تضاد پروسیجرهای تشخیصی درمانی با اعتقادات و ارزش‌های اخلاقی حاکم بر وی و خانواده‌اش را مورد بررسی قرار دهد.

توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده در مرحله بررسی به پرستار کمک می‌کند تا در مراحل برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های پرستاری به‌نحوی عمل نماید که اعتماد و همکاری هرچه بیشتر مددجو را جلب نموده و بدین طریق به هدف اصلی این مراقبت‌ها که همانا حذف یا تضعیف استرس‌ها می‌باشد

4. Ambivalence
5. Suspicion
6. Hostility
7. Withdrawal

نزدیک‌تر گردد.

گام دوم: تشخیص‌های پرستاری[1]

در این مرحله پرستار با جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از اطلاعات به‌دست‌آمده در مرحله بررسی، علل سازش غیرمؤثر مددجو با استرس‌ها را تعیین و آن‌ها را به‌عنوان مشکلات پرستاری در قالب یکی از عبارات زیر یا عبارات مشابه دیگر مطرح می‌کند.

سازش غیرمؤثر در ارتباط با:

۱. کمبود حمایت‌ها و ناتوانی برای درخواست کمک
۲. ناتوانی در برآورده‌کردن انتظارات جامعه
۳. ناتوانی در رفع نیازهای اساسی
۴. عدم قابلیت برای حل مشکلات
۵. تغییر در نقش‌های اجتماعی
۶. کاربرد نادرست مکانیسم‌های دافع روانی
۷. تغییر در الگوهای معمول ارتباطی
۸. ابتلا به بیماری وخیم
۹. آسیب‌دیدگی شدید ناشی از حادثه

گام سوم: برنامه‌ریزی و اجرا[2]

در این مرحله پرستار با درک و شناختی که از مشکلات تطابقی بیمار پیدا کرده است اقدام به طرح و اجرای برنامه‌های مراقبتی می‌نماید. به‌طور کلی می‌توان اهداف این برنامه‌ها را در یکی از موارد زیر خلاصه نمود:

- حذف یا کاهش منابع استرس‌زا
- جلوگیری از بروز استرس‌های جدید
- تقویت و ارتقای قابلیت‌های تطابقی بیمار

تعدادی از مهم‌ترین این برنامه‌ها عبارتند از:

تمرینات ورزشی منظم

ورزش‌کردن باعث بهبود تونسیته عضلات، کنترل وزن، کاهش تنش، تناسب اندام و آرامش انسان شده و به این ترتیب تأثیر مثبتی بر کاهش استرس‌هایی همچون هیپرتانسیون، چاقی، خستگی، ضعف اعصاب، تحریک‌پذیری و افسردگی ایجاد می‌کند. زمانی یک برنامه ورزشی اثرات مثبت خود را ظاهر می‌سازد که حداقل ۳ بار در هفته و هر بار به‌مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه اجرا گردد.

تنظیم رژیم غذایی

ورزش و تغذیه دو فعالیت مرتبط و مکمل همدیگر محسوب می‌شوند. غذا انرژی لازم برای انجام فعالیت‌های بدنی را در اختیار بافت‌های مختلف بدن قرار می‌دهد. فقر غذایی و سوءتغذیه می‌تواند از طریق کاهش ذخایر انرژی بدن قدرت مقابله با استرس‌های مختلف را کاهش دهد.

تنظیم خواب و استراحت

خواب و استراحت منظم و کافی می‌تواند نقش مهمی را در کنترل و مهار استرس‌ها ایفا نماید. خواب نه‌تنها باعث تجدید نیروی بدنی می‌گردد، بلکه به شخص کمک می‌کند تا آرامش روحی خود را نیز به‌دست آورد. مددجویان ممکن است برای به خواب‌رفتن و آرام‌سازی خود نیاز به دریافت کمک‌های خاص از سوی پرستاران داشته باشند.

تکنیک‌های آرام‌سازی[3]

استفاده از روش‌های آرام‌سازی باعث می‌شود که عوارض فیزیکی و روحی ناشی از استرس‌ها کاهش یابد. این روش‌ها رفتارهای اکتسابی هستند که نیاز به آموزش و تمرین دارند. مددجویان با کسب مهارت در اجرای این روش‌ها قادر خواهند شد از میزان تنش‌های خود کم نموده و جنبه‌های فیزیولوژیک آن‌ها را تغییر دهند (مک‌دونالد و والانس[4]، ۱۹۸۰).

به‌خاطر اهمیت تکنیک‌های آرام‌سازی و آشنابودن بیشتر پرستاران با چگونگی اجرای آن‌ها در ذیل با تعدادی از رایج‌ترین این تکنیک‌ها آشنا خواهید شد:

تنفس عمیق[5]

تنفس یکی از مهم‌ترین پاسخ‌های فیزیکی است که فرد نسبت به استرس یا آرامش از خود بروز می‌دهد. در هنگام بروز استرس تنفس، سطحی و نامنظم شده و اکسیژن‌گیری خون مختل می‌شود. چنین وضعیتی می‌تواند موجب بروز

1. Nursing diagnosis
2. Planning and Implementation
3. Relaxation techniques
4. Macdonald and Wallance
5. Deep breathing

گیجی، خواب‌آلودگی، بیقراری یا حتی افسردگی فرد گردد. برعکس در مواردی که بدن در آرامش کامل به سر می‌برد، تنفس آرام و عمیقی خواهد داشت.

به‌دلیل آن‌که کنترل تنفس از تمامی سیستم‌های دیگر بدن راحت‌تر می‌باشد، انسان می‌تواند در موقع بروز استرس با کشیدن نفس‌های آرام و عمیق تا حدودی ثبات و آرامش را به بدن خود بازگرداند. در واقع بسیاری از تکنیک‌های دیگر آرام‌سازی نیز که در ادامه به آن‌ها اشاره خواهد شد با انجام چند دم و بازدم عمیق آغاز می‌شوند.

شل‌کردن تدریجی عضلات[1]

این تکنیک نوعی تمرین برای شل‌کردن سیستماتیک عضلات مختلف بدن می‌باشد که فرد با آموزش آن را فرامی‌گیرد. چنین تمریناتی که از عضلات صورت شروع شده و به عضلات پا ختم می‌شوند، معمولاً با تنفس عمیق همراه بوده و هر بار در حدود ۱۵ تا ۳۰ دقیقه زمان می‌برند. برای اجرای این تمرینات می‌توانید از دستورالعمل زیر استفاده نمایید:

۱. لباس راحت و گشادی پوشیده، عینک و کفش‌های خود را درآورید.

۲. در یک وضعیت راحت نشسته و به پشتی یا بالش تکیه کنید. بهترین کار استفاده از یک صندلی راحتی است در این حالت گردن، کمر و زانوهایتان باید کاملاً حمایت شده و فشاری بر آن‌ها وارد نشود.

تذکر: برای انجام این تمرینات هرگز در حالت کاملاً صاف دراز نکشید.

به‌صورت آرام و موزون شروع به نفس‌کشیدن کنید. برای این کار در ابتدا چشمان خود را بسته یا به نقطه‌یی خیره شوید و سپس به‌آهستگی یک نفس عمیق بکشید. در مرحله دوم با یک بازدم طولانی نفس خود را خارج کنید.

عمل تنفس را به‌طور ثابت ادامه داده و با هربار نفس کشیدن این احساس را در خود القا کنید که مقداری از تنش‌ها و نگرانی‌هایتان از بدن خارج می‌شود.

پس از چند دقیقه تمرین شل‌سازی عضلات را همراه با تنفس آغاز نمایید. با هر عمل دم عضلات قسمتی از بدن را به‌آرامی منقبض کرده و سپس در هنگام بازدم به‌طور ناگهانی آن‌ها را شل کنید. بهتر است این کار را به‌صورت گردشی و به ترتیب زیر انجام دهید:

- عضلات صورت، چانه و دهان (مثلاً چپ‌کردن چشم‌ها، چین‌انداختن به ابروها، چشمک‌زدن، کج‌کردن دهان و...).
- عضلات گردن (فشردن چانه به گردن)
- دست راست (مشت‌کردن دست)
- بازوی راست (خم‌کردن آرنج با فشار)
- دست چپ (مشت‌کردن دست)
- بازوی چپ (خم‌کردن آرنج با فشار)
- پشت، شانه‌ها و سینه (بالابردن شانه‌ها با فشار، باز و بسته‌کردن قفسه سینه با حرکت رو به جلو یا عقب شانه‌ها)
- شکم (کشیدن عضلات شکم به طرف داخل)
- قسمت فوقانی پای راست (منقبض‌کردن عضلات ران)
- ساق و کف پای راست (منقبض‌کردن عضلات ساق، خم‌کردن انگشتان به‌طرف داخل بدن)
- قسمت فوقانی پای چپ (منقبض‌کردن عضلات ران)
- ساق و کف پای چپ (منقبض‌کردن عضلات ساق ـ خم‌کردن انگشتان به طرف داخل بدن)
- عملیات فوق‌الذکر را چندین دفعه تکرار کنید و زمانی‌که آمادگی لازم را برای خاتمه‌ی تمرینات پیدا کردید با شمردن سه شماره دم عمیقی انجام داده و به خود بگویید آرام شده‌ام.

تجسم و شبیه‌سازی[2]

با فکرکردن روی نکات مثبت و خوشایند، وقایع و اتفاقات، تصویری مطلوب و قابل قبول از آن‌ها در ذهن ترسیم می‌شود. مثلاً فردی پس از تصادف رانندگی با یادآوری این نکته که سالم بوده و دچار آسیب جدی نشده است، صدمه به اتومبیل خود را فراموش نماید.

تصدیق‌کردن[3]

شخص با اظهار عباراتی صریح و محکم، تغییرات مطلوب و مثبتی را که به‌منظور سازش با موقعیت‌های ناخوشایند در ذهن ترسیم کرده است، تأیید و تقویت می‌نماید. مثلاً فردی‌که در یک موقعیت اضطراری مجبور به اتخاذ تصمیمی

1. Progressive muscle relaxation

2. Visualization and imagery

3. Affirmation

حیاتی و اجرای آن می‌باشد ممکن است با تکرار این عبارت که من آرام هستم و با تمرکزکردن وقت کافی برای انجام هر کاری خواهم داشت، قابلیت‌های مثبت خود را تقویت کند. برحسب سلیقه و عادت شخص می‌تواند چنین عباراتی را آهسته، با صدای بلند، به شکل آهنگین یا حتی به‌صورت نوشته بیان نماید.

تفکر عمیق[1]

نوعی روش آئینی از شرق باستان می‌باشد که برای دستیابی به حداکثر آرامش روحی و جسمی طراحی شده است. چهار اصل اساسی برای اجرای این روش عبارتند از: وجود یک محل ساکت، قراردادن بدن در یک وضعیت راحت، درنظرگرفتن موضوعی برای فکرکردن مثلاً یک کلمه یا نشانه و دارابودن یک نگرش آزاد. در حقیقت با استفاده از این روش شخص تلاش می‌کند که خود را به نیروی برتر و قوی‌تر خداوند متصل ساخته و با تکیه بر آن خود را از معرض استرس‌ها و نگرانی‌های روزمره حفظ نماید.

بیوفیدبک[2]

نوعی روش اختصاصی برای آرام‌سازی است که در آن شخص یاد می‌گیرد تا از طریق تحت نظر قراردادن فرآیندهای حیاتی بدن مثل تعداد ضربانات قلب، نحوه انقباض عضلانی و درجه حرارت بدن، از عملکرد سیستم عصبی خودکار خود آگاهی یافته و با انتقال این عکس‌العمل‌های غیرارادی به حوزه‌ی حواس خود تا حدودی زمینه‌ی کنترل بر آن‌ها را در مواقع مقتضی (هنگام بروز استرس) فراهم کند.

لمس‌درمانی[3]

لمس‌کردن بدن با دست‌ها، موج مثبتی را به‌وجود می‌آورد که می‌تواند باعث کاهش اضطراب، تسکین درد و ایجاد آرامش در انسان گردد. در تعدادی از منابع به‌جای واژه لمس‌درمانی از انرژی‌درمانی[4] استفاده می‌شود.

1. Meditation
2. Biofeedback
3. Therapeutic touch
4. Energy therapy

ماساژدادن

ماساژ عضلات و بافت‌های نرم که به‌کمک دست‌ها صورت می‌گیرد، باعث کاهش خستگی و ایجاد آرامش شده و مانند لمس‌کردن استرس و اضطراب را از بین می‌برد.

یوگا[5]

نوعی تمرین بدنی است که معمولاً همراه با تفکر عمیق مورد استفاده قرار گرفته و باعث ترویج آرامش، سرزندگی و احساس سلامتی می‌شود.

الگوسازی[6]

تقویت قابلیت‌های سازشی فرد از طریق آشناشدن یا معاشرت با شخصی که نگرش و رفتار مثبت و سازنده‌یی را در ارکان زندگی از خود نشان می‌دهد.

شناسایی و تعدیل عوامل خطرساز محیطی

پرستار باید کلیه‌ی عوامل محیطی اضافی مثل صدای بلند، نور شدید و مداوم، کاهش یا افزایش بیش از حد درجه حرارت، ناآشنایی با روش‌های درمانی و... را که ممکن است باعث افزایش استرس بیمار شود، شناخته و حتی‌المقدور سطح این عوامل را کاهش دهد.

شناسایی و تعدیل علل اصلی بروز استرس

پرستاران همیشه باید پاسخ‌های رفتاری مددجویان را تحت نظر داشته و با توجه به این موضوع نوع استرس و منبع آن را شناسایی کرده و سپس جزئیات آن‌ها را به افراد موردنظر توضیح دهد. بدین ترتیب پرستار و مددجو به‌کمک یکدیگر خواهند توانست راهکارهایی را جهت کاهش تأثیر استرسور یا حتی حذف آن جستجو کنند. به‌عنوان مثال زن کارگری را در نظر بگیرید که ساعات زیادی از شبانه‌روز مشغول کار بوده و وقت کافی برای حضور در خانواده را ندارد، چنین فردی کج‌خلق و عبوس شده و خستگی فزاینده‌یی را حس می‌کند که حتی ممکن است منجر به بیماری وی نیز شود. بهترین استراتژی انتخابی برای سازش مؤثر و اعاده سلامتی در چنین بیماری، تغییردادن شغل می‌باشد.

5. Yoga
6. Modeling

شناسایی و تعدیل عوامل خطرساز فردی

عوامل خطرساز فردی رفتارها و عاداتی هستند که خطر بروز استرس‌ها و عوارض ناشی از از آن‌ها را تسریع می‌کنند. پرستار می‌تواند پس از بررسی و شناسایی این عوامل، آن‌ها را به مددجو گوشزد کرده و سپس به کمک وی در جهت حذف یا تعدیل آن‌ها برنامه‌ریزی نماید. تعدادی از عوامل خطرساز عبارتند از: اعتیاد به دخانیات، نوشیدن الکل، مصرف زیاد نمک، بی‌نظمی، عدم رعایت موازین بهداشت فردی، افزایش سطح قند و چربی خون و... .

چند توصیه برای کاهش تأثیر استرسورها:

- استراحت و تغذیه کافی برای تقویت ذخایر انرژی خود داشته باشید.
- با مدیریت و برنامه‌ریزی زمان، باعث نظم و سازماندهی در افکار و رفتار خود شوید.
- همیشه مثبت فکر کنید و نیمه‌ی پر لیوان را ببینید. این کار اعتماد به نفس و قدرت کنترل شما بر روی حوادث و اتفاقات را افزایش می‌دهد.
- تکنیک‌های مختلف آرام‌سازی را فراگیرد.
- گاهی نیز به دیگران و مشکلات آن‌ها فکر کرده و کاری برای کمک به آن‌ها انجام دهید. این موضوع باعث می‌شود که اولاً اندکی از مشکلات و استرس‌های خود را فراموش کرده و ثانیاً به قابلیت‌های خود اعتماد پیدا کنید.
- سعی کنید بیشتر بخندید و با روی گشاده و آرامش درونی به مقابله با مشکلات بپردازید.
- مرتباً ورزش کنید و از مصرف سیگار، الکل یا سایر مواد محرک بپرهیزید.
- در زمانی‌که دو یا چند استرس مختلف به‌طور هم‌زمان در زندگی شما بروز می‌کند، سعی کنید با اولویت‌بندی ابتدا استرس‌های مهم‌تر و وخیم‌تر را حل نمایید. این کار از به هدر رفتن انرژی شما جلوگیری می‌کند.
- حتی‌المقدور از تکرار برخوردهاتان با وضعیت‌ها یا اشخاصی که باعث افزایش استرس در شما می‌گردند اجتناب نمایید.

گام چهارم: ارزشیابی[1]

پس از انجام مراقبت‌های پرستاری در مرحله اجرا، پرستار از طریق مقایسه نتایج به‌دست‌آمده فعلی را اهداف تعیین‌شده در مرحله برنامه‌ریزی، میزان موفقیت خود در دستیابی به اهداف مذکور را ارزیابی می‌کند. در صورتی‌که نتیجه اقدامات مطلوب بوده و مددجو به اهداف مربوطه نائل شده باشد لازم است که پرستار در جهت تعدیل و تحکیم برنامه‌های موفق جاری گام بردارد. اما اگر اهداف موردنظر برآورده نشده باشد، پرستار باید علل و عوامل مؤثر در عدم موفقیت خود را بررسی کرده و با برنامه‌ریزی مجدد در جهت حذف این عوامل تلاش نماید تا موفقیت خود برای دستیابی به اهداف اولیه را تضمین کند.

1. Evaluation

فصل ۴

آشنایی با تاریخچه‌ی پرستاری، تعریف حرفه‌ی پرستاری

بابک روزبهان

اهداف آموزشی این فصل

پس از مطالعه، انتظار می‌رود فراگیر قادر باشد:

۱. تاریخچه‌ی کوتاهی از حرفه‌ی پرستاری در دنیا ارایه دهد.
۲. نقش‌ها و وظایف مختلف پرستاران را توضیح دهد.
۳. حیطه‌های شغلی حرفه‌ی پرستاری در ایران را شرح دهد.
۴. در خصوص حوزه‌های کاری پرستاران در بخش‌های مختلف بهداشتی درمانی توضیحاتی را ارایه دهد.

پرستاری از گذشته تا به حال

پرستاری یا Nursing در زبان انگلیسی از کلمه لاتین Nutrix اقتباس شده است که معنای آن حفظ و نگهداری، پروراندن و غذادادن می‌باشد. اگر بخواهیم این واژه را در ذهن تجسم کنیم ناخودآگاه ایده‌ها و تصاویر متعددی به خاطرمان خواهد رسید. برای عده‌یی این تصویر شامل روپوش سفید، آمپول، ملافه و لگن بوده و برای عده‌یی دیگر عطوفت و ایثار، مهارت و درایت قالب وجودی پرستاری را شکل می‌دهد.

پرستاری مدرن شامل بسیاری از فعالیت‌ها، مهارت‌ها و مفاهیم می‌گردد که به شاخه‌های مختلفی از علوم همچون علوم پایه (مثل فیزیک و شیمی)، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی رشد، زیست‌شناسی و دیگر زمینه‌ها ارتباط پیدا می‌کند. امروزه پرستاران در حیطه‌های گوناگونی مثل مراقبت؛ مدیریت، آموزش، پیشگیری، نوتوانی و... مشغول انجام وظیفه می‌باشند. در حالی که اغلب افراد تنها با وظیفه مراقبت‌دهندگی آنان آشنا هستند.

اصولاً از آغاز نیز پایه‌های این حرفه برمبنای مراقبت و رسیدگی از بیماران و دردمندان استوار گردیده است. در تمدن‌های اولیه اعتقاد بشر بر این بود که بیماری از عجایب و امری خارق‌العاده است. در پی تلاش برای درک علل تغییرات مرموز و پیچیده در عملکرد بدن تئوری آنی‌میسم[1] خلق گردید. این تئوری اعتقاد داشت که در طبیعت هر چیزی توسط قدرت‌های نامرئی و با اعطای قدرت و نیرو از سوی آنان زنده می‌باشد. روح نیک و خیر سلامتی و روح شر و بد بیماری و مرگ را برای انسان به ارمغان می‌آورد.

بر این اساس نقش پزشک و پرستار نیز از هم مجزا بود. پزشک طبیبی بود که بیمار را از طریق سرودن آهنگ، الهام، ترساندن و یا بازکردن جمجمه برای خروج ارواح بد و شرور درمان می‌کرد. پرستار مادری بود که توجهات جسمی و کاربرد گیاهان دارویی در طی مراحل بیماری با بذل از بیمار و خانواده‌اش مراقبت می‌نمود.

با متمدن‌شدن قبایل و اسکان آن‌ها در شهرها این اعتقاد در جوامع رسوخ پیدا کرد که بیماری از گناه و شیاطین به‌وجود می‌آید. به همین دلیل مراکز مراقبت پزشکی در معابد تمرکز یافت. روحانیون و کاهنان وظیفه‌ی پزشکان را به‌عهده گرفته و با رفتار و اعمال خاصی سعی در دفع شیاطین و درمان

1. Theory Animism

بیماران داشتند. در این زمان پرستاران بیشتر از بردگان و کنیزانی انتخاب می‌شدند که تحت نظر کاهن یا حکیم وظایف کم‌ارزش و پستی را انجام می‌دادند. طی همان دوره عبریان سالخورده قوانینی در مورد اخلاق ارتباط انسانی، سلامتی روح و روان و کنترل بیماری را در ده ماده به‌نام مجمع‌القوانین سلامتی موسانیک[1] ارایه نمودند. طبق این قوانین پرستاران از افراد بیمار در خانه و جامعه مراقبت می‌کردند.

با شروع دوران مسیحیت، پرستاری حالتی رسمی پیدا نمود و با این اعتقاد که محبت و مراقبت از دیگران بسیار مهم می‌باشد، نقش پرستار دقیق‌تر تعریف گردید. زنانی موسوم به دیکونس‌ها[2] اولین پیشگامان در عیادت از افراد بیمار بودند. در طی جنگ‌های صلیبی زنان و مردان هر دو کارهای پرستاری را انجام می‌دادند و جهت مراقبت از مسافران، زوار و مجروحان جنگی که نیاز به مراقبت داشتند، بیمارستان‌هایی ساخته شد و پرستاری به‌عنوان یک کار باارزش مطرح گردید. آغاز قرن شانزدهم گسترش علوم و تغییر دیدگاه جامعه را به‌همراه داشت تعداد بی‌شماری از صومعه‌ها بسته شده و در نتیجه از شمار افرادی که از بیماران مراقبت می‌نمودند بسیار کم گردید. در پی این موضوع زنانی‌که محکومیت جنایی داشتند به‌جای دوران محکومیت خود به‌عنوان پرستار به کار اجباری گماشته شدند. در نتیجه متأسفانه دیدگاهی مطرح گردید که پرستاران افرادی بی‌اعتبار و بی‌شخصیت بوده و زنان آبرومند این شغل را انتخاب نمی‌کنند. به این ترتیب به‌مدت دو قرن پرستاران در شرایطی بسیار بد، حقوق ناچیز و با بی‌اعتباری به کار مشغول بودند. از اواسط قرن هیجدهم با ایجاد تغییرات اصلاحی در جامعه و بروز انقلاب صنعتی نقش زنان و به‌تبع آن پرستاران به‌طور کلی عوض گردید. در همین دوره پرستاری نوین براساس اعتقادات فلورانس نایتینگل[3] بنا گذاشته شد. وی در سال ۱۸۲۰ در یک خانواده‌ی ثروتمند انگلیسی ساکن در فلورانس ایتالیا متولد گردید. در انگلستان بزرگ شد و با بهره‌گیری از ثروت پدری به‌خوبی آموزش دیده و مسافرت‌های زیادی انجام داد. به‌رغم مخالفت شدید خانواده تعلیم پرستاری را از سن ۳۱ سالگی شروع نمود. با بروز جنگ کریمه و طی درخواستی از طرف کشور بریتانیا جهت سرپرستی بخش پرستاری در بیمارستان نظامی انگلیسی در ترکیه رهسپار آن جا گردید. وی توانست با بسیاری از مشکلات و تبعیضاتی که در آن دوره علیه زنان وجود داشت، مبارزه نموده و تغییراتی را به نفع زنان در جامعه

1. Mosaic Health Code
2. Deaconesses
3. Florence Nightingale

به‌وجود آورد. نقطه اوج موفقیت‌های وی تأسیس مدرسه‌ی پرستاری سنت توماس در لندن و تألیف مقالاتی درباره‌ی علم پرستاری بود. از دیگر خدمات این بانوی پیشرو می‌توان به ارایه‌ی استانداردهایی برای مدیریت بیمارستانی، پایه‌ریزی خدمات پرستاری براساس نیازهای مددجویان، تمرکز بر نوع و نحوه‌ی تغذیه بیماران در برنامه‌های پرستاری، تغییر دیدگاه جامعه نسبت به پرستاران، ایجاد عزت و احترام برای این حرفه، مستقل‌نمودن خدمات پرستاری از پزشکی و تأکید بر لزوم آموزش مستمر و مداوم برای پرستاران اشاره نمود.

اقدامات فلورانس نایتینگل و نتایج درخشان مراقبت‌های وی و گروه‌اش در کاهش تعداد تلفات جنگ کریمه موجب گردید در کشورهای بزرگ و جدیدی همچون امریکا و کانادا نیاز بیشتری به‌وجود پرستاران مجرب و آموزش‌دیده احساس شده و در نتیجه به‌تدریج در جوار تعدادی از بیمارستان‌ها مدارس پرستاری تأسیس گردید. اولین مدرسه در این زمینه در سال ۱۸۷۲ توسط لیندا ریچاردز[4] در بیمارستان نیوانگلند شهر بوستون شروع به کار کرد. از دیگر مدارس مشابه در امریکا می‌توان به آموزشکده‌ی پرستاری بلاوو[5] و آموزشکده پرستاری کانکتیکات[6] و در کانادا به مدرسه‌ی پرستاری سنت کاترین واقع در شهر انتاریو[7] اشاره نمود.

از دیگر پیشرفت‌ها و نقاط عطف حرفه پرستاری در اوایل قرن بیستم تأسیس مجمع جهانی پرستاران (ICN)[8] در سال ۱۸۹۹ در امریکا، چاپ اولین مجله تخصصی پرستاری به‌نام مجله‌ی پرستاری امریکا[9] در سال ۱۹۰۰ که تاکنون نیز ادامه دارد، تأسیس انجمن پرستاری کانادا (CNA)[10] در سال ۱۹۰۷ و بالاخره تشکیل انجمن پرستاری امریکا (ANA)[11] در سال ۱۹۱۱ قابل ذکر می‌باشند.

به‌رغم تمامی این پیشرفت‌ها متأسفانه به‌دلیل سودجویی صاحبان بیمارستان‌ها تأسیس مدارس پرستاری در دهه‌های نخستین قرن بیستم از هدف اولیه خود که ارتقای کیفیت و استقلال خدمات پرستاری بود فاصله گرفته و آموزش پرستاران به‌وسیله‌یی برای بهره‌کشی بیشتر و دادن دستمزد کمتر به آنان تبدیل شد. پرستاران زن فارغ‌التحصیل در این مدارس تحت کنترل بی‌چون و چرای مدیران و پزشکان مرد بیمارستان‌ها قرار گرفته و براساس عقاید غالب در جامعه

4. Linda Richards
5. Bellevue
6. Connecticut
7. Ontario
8. International Council of Nurses (ICN)
9. American Journal of Nursing (AJN)
10. Canadian Nursing Association (CAN)
11. Amarican Nursing Association (ANA)

آن زمان که زنان را موجوداتی ضعیف و تحت سلطه‌ی مردان می‌دانستند، حرفه پرستاری نیز که یک حرفه‌ی زنانه تشخیص داده می‌شد تا چندین دهه در حالت رکود و بدون تغییر باقی ماند.

جنگ جهانی دوم تأثیر به‌سزایی در پیشرفت زنان و حرفه پرستاری داشت. برای اولین بار به‌دلیل شرکت مردان در جبهه‌های جنگ، تعداد زیادی از زنان در بیرون از محیط خانه مشغول به کار شدند تا جای خالی مردان را پر کنند. همین مسأله موجب شد که نوعی تحول و تغییر در افکار جامعه نسبت به کار و آموزش زنان به‌وجود آید. بدین ترتیب در جوامع پس از جنگ تلاش‌های گسترده‌یی در زمینه‌ی آموزش حرفه‌های مختلف به زنان به‌عمل آمد که آموزش پرستاری نیز از این قاعده مستثنی نبود. تأسیس رشته پرستاری در دانشگاه‌های مختلف برای طی مدارج عالیه در این رشته و ایجاد تخصص‌ها و گرایش‌های مختلف مثل پرستاری کودکان، پرستاری بهداشت جامعه، پرستاری بهداشت روانی و مدیریت خدمات پرستاری از جمله این تلاش‌ها بوده است.

با گذشت زمان علم پرستاری هر روزه شاهد تحولات و پیشرفت‌های گوناگونی بوده که ارایه تئوری‌های مختلف برای برنامه‌ریزی خدمات پرستاری، چاپ مقالات، مجلات و کتاب‌های معتبر علمی در رشته پرستاری و بالاخره انجام تحقیقات و پژوهش‌های کوچک و بزرگ در زمینه خدمات پرستاری مثال‌هایی روشن در این زمینه‌اند. امروزه در سال‌های آغازین قرن بیست و یکم که مشخصه مهم آن پیشرفت‌های سریع و اعجاب‌برانگیز علوم و رشد بی‌سابقه‌ی تکنولوژی‌های پیچیده می‌باشد، افزایش بیماری‌های مزمن به‌دلیل بالارفتن طول عمر و ایجاد ساختارهای جدید در زندگی خانوادگی نوعی تضاد با نحوه‌ی ارایه خدمات پرستاری به‌وجود آورده است. نتیجه مستقیم این موضوع از یکسو تخصصی‌ترشدن هرچه بیشتر خدمات پرستاری و از سوی دیگر منعطف‌شدن بیش از اندازه‌ی این خدمات به‌سمت ارایه آموزش بوده است. به هر حال آن‌چه روشن است تا زمانی‌که بیماری و ناتوانی در جوامع انسانی وجود دارد، علوم و مشاغل پرستاری همچنان جایگاه ویژه خود را در دنیای پرشتاب امروز حفظ کرده و همگام با تغییرات به‌وجودآمده در عرصه‌های مختلف، با انعطاف‌پذیری بیشتری در جهت رفع نیاز انسان‌های دردمند گام برخواهد داشت (تصویر ۱ـ ۴).

نقش‌ها و وظایف پرستاری

حیطه‌ی وسیعی که پرستاران در جهت اجرای وظایف مختلف خود در آن گام برمی‌دارند باعث می‌شود که در طی دوران خدمت و کارهای روزانه خود مجبور به ایفای نقش‌های گوناگونی گردند. همین موضوع باعث می‌شود که حرفه‌ی پرستاری در بین انواع مشاغل گروه پزشکی ویژگی منحصر به فرد پیدا نماید. تعدادی از مهم‌ترین نقش‌های حرفه‌یی که پرستاران ممکن است ایفا نمایند شامل موارد ذیل می‌باشند:

۱ـ مراقبت‌دهنده[1]

به‌عنوان ارایه‌دهنده‌ی خدمات مراقبتی، پرستار وظیفه دارد که برای حفظ، ابقا و ارتقای سلامتی مددجویان تلاش نماید. در این راستا هر مددجو باید به‌صورت یک فرد کامل و منحصر به فرد که دارای شأن و مقام انسانی است در نظر گرفته شده و علاوه بر مشکلات جسمی به نیازهای روحی، عاطفی و اجتماعی وی نیز توجه گردد.

۲ـ تصمیم‌گیرنده[2]

پرستار به‌طور دائم برای شناسایی و حل مشکلات مددجویان تلاش می‌کنند. انتخاب بهترین راه حل‌ها و کسب موفقیت در ارایه مراقبت‌های پرستاری تا حد زیادی به قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری صحیح آنان بستگی دارد. حوزه‌ی چنین تصمیماتی ممکن است از امور عادی و روزمره تا اقدامات حیاتی و عاجل را در بر گیرد.



■ تصویر ۱ـ۴:
مقایسه لباس و وضع ظاهری دو پرستار از ابتدا و انتهای قرن بیستم

1. Care giver
2. Decision maker

۳ـ حامی و مدافع بیمار[1]

یکی از مهم‌ترین وظایف یک پرستار حمایت و حفاظت از مددجو است. شرایط متعددی پرستار را ملزم می‌سازد که به‌عنوان وکیل و مدافع حقوق مددجو عمل نماید. به‌عنوان مثال اطمینان از این مسأله که بیمار به کلیه‌ی درمان‌ها و مراقبت‌های انجام‌شده در مورد خود وقوف کامل دارد به عهده‌ی پرستار می‌باشد. وظیفه‌ی تأمین یک محیط ایمن و بدون خطر برای مددجو، حفظ حقوق قانونی و کمک به وی در جهت حل مشکلات مربوطه از دیگر کارهای پرستار در این حیطه می‌باشد.

۴ـ مدیر و هماهنگ‌کننده[2]

کسب سلامتی، حفظ و پیشبرد آن نیاز به همکاری گروه‌های مختلفی از مشاغل بهداشتی و درمانی دارد. وظیفه‌ی هماهنگی و تنظیم خدمات ارایه‌شده توسط این گروه‌ها به‌عهده‌ی پرستار می‌باشد. هدف از نقش مدیریتی پرستار آن است که تمامی ارتباطات و خدمات انجام‌شده برای مددجو در حوزه‌های مختلف را به‌نحوی برنامه‌ریزی نماید که حداکثر سود را برای درمان وی داشته باشد. از دیدگاه دیگر، پرستاران مسؤولیت مدیریت زمان و مدیریت منابع را نیز به‌عهده دارند تا بتوانند از شرایط و فرصت‌های موجود به‌نحو شایسته‌یی در جهت بهبودی سریع‌تر وی استفاده نمایند.

۵ ـ ایجادکننده‌ی ارتباط[3]

نقش ارتباط‌دهندگی پرستار نوعی حالت مرکزیت در قبال سایر نقش‌های وی دارد. از آن‌جا که پرستار ساعات زیادی از اوقات خود را با مددجویان می‌گذارند بهترین موقعیت را جهت تحت نظر قراردادن، ایجاد ارتباط و شناسایی مشکلات آنان در اختیار دارد. در این راستا وی مسؤول است که اطلاعات کسب‌شده طی این ارتباط‌ها را به‌شکل گزارش‌های شفاهی یا کتبی در اختیار سایر اعضای تیم بهداشتی که در مراقبت و درمان مددجو سهیم هستند قرار دهد. بدون برقراری یک ارتباط روشن و صریح با مددجو و خانواده‌اش، برنامه‌ریزی برای انجام مراقبت و تصمیم‌گیری در این زمینه امری غیرممکن می‌باشد. از سوی دیگر پرستاران به‌منظور اجرای وظایف روزمره‌ی خود به‌طور مکرر نیازمند ایجاد ارتباط با دیگر همکاران و مسؤولین رده‌های مختلف در محل کار خود می‌باشند. برقراری یک ارتباط صحیح و سودمند در تمامی این موارد علاوه بر تحصیلات نیاز به تجربیات اجتماعی غنی پرستار دارد.

۶ ـ آموزش‌دهنده[4]

پیشگیری از بیماری و پیشبرد سلامتی مددجویان که فلسفه‌ی اصلی مراقبت‌های پرستاری به‌شمار می‌روند، در بسیاری از موارد ایجاب می‌کند تا مددجو و خانواده‌اش در روندهای درمانی شرکت نمایند. این هدف قابل دستیابی نیست مگر آن‌که پرستار درباه‌ی مسائل مختلفی همچون روند بیماری، انواع درمان‌های اجراشده، پروسیجرهای تشخیصی، شیوه‌های مراقبت از خود و... به آنان آموزش دهد. در این نقش پرستار باید مانند یک معلم باحوصله تمام اطلاعات مورد نیاز مددجویان را ارایه و به کلیه‌ی سؤالات آنان در حد وظایف و معلومات خود پاسخ دهد.

۷ـ توانبخشی[5]

توانبخشی یا بازتوانی فرآیندی است که مددجویان از طریق آن می‌توانند به حداکثر سطح توانایی خود پیش از وقوع بیماری، تصادف و دیگر حوادثی ناتوان‌کننده دست پیدا کنند. مددجویان در موارد متعددی ممکن است درجاتی از آسیب‌های روحی و جسمی را تجربه نمایند که ارکان زندگی آن‌ها را مختل سازد. در این‌گونه موارد پرستار وظیفه دارد که تا حد ممکن این افراد را با آسیب‌های وارده به آنان سازش دهد.

فعالیت‌هایی که پرستار می‌تواند در این راستا انجام دهد حیطه‌ی گسترده‌یی داشته و ممکن است از آموزش نحوه‌ی استفاده از وسایل کمکی مثل چوب زیر بغل یا سمعک شروع شده و تا کمک به تغییر سبک زندگی آنان گسترش یابد.

۸ ـ تسلی‌دهنده[6]

تسلی‌دادن و ایجاد آسایش از جمله وظایف مورد انتظاری است که از زمان‌های قدیم با شنیدن اسم پرستار در ذهن مردم تداعی می‌شده و امروزه نیز همچنان از نقش‌های بدیهی وی محسوب می‌گردد. آنچه مسلم است مراقبت‌های پرستاری تنها نباید معطوف به جسم مددجویان شده بلکه

1. Protector and advocator
2. Manager and coordinator
3. Communicator
4. Educator
5. Rehabilitator
6. Comforter

باید به تمامی ارکان وجودی آنان توجه نماید. در همین راستا حمایت روانی و عاطفی پرستار از بیمار بلاشک می‌تواند منجر به تسریع بهبودی وی شود. برای رسیدن به این هدف و تأمین آسایش مددجویان، پرستار موظف است کلیه اقدامات مراقبتی را برای آنان تشریح نموده و درست مشابه افراد سالم با نیازها و احساسات مشترک با آنان رفتار نماید به‌عنوان یک آسایشگر پرستار باید به‌جای هرچه بیشتر وابسته‌نمودن مددجو به خود با در اختیار گذاشتن امکانات و کمک‌های لازم او را در جهت دستیابی به اهداف درمانی تعیین شده یاری نماید.

حیطه‌های کاری گروه پرستاری

پرستار حرفه‌یی (Nurse Practitioner)

منظور از پرستار حرفه‌یی، پرستار متخصصی است که به کلیه نقش‌ها و خدمات پرستاری آگاهی و اشراف کامل داشته و در این راستا از انواع روش‌های استاندارد به‌منظور برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های پرستاری به‌شکل مستقیم یا غیرمستقیم استفاده می‌نماید تا به هدف اصلی خود که همانا بهبودی مددجو است دست یابد.

پرستاران حرفه‌یی افراد تحصیل‌کرده و با تجارب بالینی وسیع هستند که علاوه بر وظایف اشاره‌شده باید در حیطه‌های دیگری همچون معاینات بالینی، مشاوره و آموزش نیز دارای تبحر باشند. پرستار حرفه‌یی که در بسیاری از موارد، پرستار بالینی نیز خوانده می‌شود ممکن است خدمات خود را به‌شکل تخصصی در حیطه‌های خاصی همچون پرستاری کودکان، پرستاری زنان و زایمان، پرستاری عفونی و... ارایه نماید.

پرستار متخصص بالینی (Clinical Nurse Specialist).

این‌گونه پرستاران افرادی هستند که در یک رشته به‌خصوص از پرستاری بالینی به مهارت و تبحر بالایی دست پیدا نموده و در این زمینه معمولاً مدرک تخصصی در اختیار دارند. از جمله این تخصص‌ها می‌توان به پرستاری CCU، پرستاری ICU، پرستاری دیالیز، پرستاری سرطان، پرستاری اورژانس و... اشاره نمود. البته پرستاران شاغل در این تخصص‌ها علاوه بر ارایه‌ی مراقبت‌های بالینی ممکن است در حوزه‌ی آموزش، تحقیق، مدیریت و مشاوره نیز فعالیت نمایند.

پرستارمدیر (Nurse manager or administrator).

پرستار مدیر یا مدیر پرستاری بر چگونگی ارایه‌ی خدمات پرستاری در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی نظارت و روند مراقبت‌های پرستاری از مددجویان را کنترل می‌نماید. حوزه‌ی وظایف یک مدیر پرستاری متفاوت بوده و ممکن است از سطوح پایین مدیریتی مثل سرپرستار و سوپروایزر شروع و تا سطوح بالاتر همچون مترون و رئیس کل اداره‌ی پرستاری شهر، استان یا کشور گسترش یابد. فعالیت‌های یک مدیر ممکن است شامل بودجه‌بندی، مدیریت منابع انسانی، تعیین سیاست‌های حاکم بر فعالیت‌های پرستاری مجموعه‌ی تحت نظارت خود، ارزیابی دانش و مهارت پرسنل پرستاری، تعیین نیازهای آموزشی، برقراری آموزش‌های ضمن خدمت و بسیاری از موارد دیگر باشد.

اهمیت و حساسیت کار مدیران پرستاری ایجاب می‌کند که آنان از افرادی مطلع با سطح بالای تحصیلات (کارشناسی و بالاتر)، دارای تجربه و تدبیر و انعطاف‌پذیر انتخاب شوند.

پرستار بیهوشی (Nurse Anesthetist)

پرستار متخصصی است که دانش و تجربه‌ی تجویز داروهای بیهوشی به‌صورت نخاعی یا وریدی و بیهوش‌کردن مددجو در طی عمل جراحی یا زایمان را دارا می‌باشد. این افراد برای مجوز کار خود مدرک دانشگاهی در رشته‌ی بیهوشی دریافت نموده و تحت نظر یک پزشک متخصص بیهوشی در اتاق عمل بیمارستان‌ها مشغول به کار می‌شوند.

در ایران پرستاران بیهوشی به دو صورت وجود دارند: دسته‌ی اول افرادی‌که در ابتدا مدرک کاردانی بیهوشی را دریافت و سپس به‌صورت تکمیلی در رشته پرستاری تحصیل نموده و به درجه‌ی کارشناسی رسیده‌اند. دسته دوم افرادی که پس از کسب مدرک کارشناسی پرستاری در مقطع بالاتر در رشته‌ی تخصصی پرستار بیهوشی مدرک کارشناسی‌ارشد دریافت نموده‌اند (رشته‌ی تحصیلی کارشناسی‌ارشد پرستاری بیهوشی چند سالی است که از نظام آموزشی ایران حذف گردیده است).

پرستار ماما (Nurse Midwife)

به شخصی اطلاق می‌شود که در هر دو رشته‌ی پرستاری و مامایی تحصیل نموده و مدرک دانشگاهی معتبر دارد.

در ایران معمولاً این افراد در ابتدا مدرک کاردانی مامایی را دریافت کرده و سپس در ادامه‌ی تحصیلات خود در رشته‌ی کارشناسی ناپیوسته‌ی پرستاری فارغ‌التحصیل می‌گردند. پرستار ماما مراقبت‌های مستقلی را در حین دوران حاملگی و زایمان به زنان باردار ارایه می‌دهند. این خدمات ممکن است شامل انجام آزمون پاپ اسمیر، معاینات دوره‌یی پستان و آموزش بهداشت باروری و تنظیم خانواده باشند.

پرستار معلم یا پرستار مربی (Nurse Educator).

مربیان پرستاری در مدارس پرستاری، دانشگاه‌ها، مراکز آموزش ضمن خدمت یا بخش‌های آموزشی مددجو در مراکز ج بهداشتی درمانی انجام وظیفه می‌کنند. به‌عنوان یک معیار لازم است که آنان علاوه بر داشتن مدارک تخصصی در مقاطع تخصصی (فوق‌لیسانس یا دکترا) از تجربه‌ی کار بالینی سوابق خود نیز برخوردار باشند، تا بتوانند از عهده هماهنگی و انطباق مباحث عملی و تئوری برآیند. وظیفه‌ی مربیان پرستاری در مدارس عالی یا دانشگاه‌ها آن است که دانشجویان را برای به‌عهده‌گرفتن وظایف پرستاری در جامعه آماده نمایند. در مراکز آموزش ضمن خدمت، مربیان پرستاری با توجه به سیاست‌های حاکم بر سازمان یا مؤسسه و اهداف آن موظف هستند که برنامه‌های آموزشی برای کارکنان طرح‌ریزی و اجرا نماید. این برنامه‌ها ممکن است انواع مختلفی داشته باشند که از آن جمله می‌توان به آموزش‌های توجیهی برای پرستاران جدیدالورود، آموزش شیوه‌ها و تکنیک‌های جدید و آموزش جهت ارتقای شغلی اشاره نمود.

تمرکز اصلی پرستار مربی در مراکز آموزش مددجو، تعلیم مددجویان، معلولین و خانواده‌های آن‌ها جهت انتقال وظایف مراقبتی به آنان به‌نحوی است که بتوانند مسؤولیت مراقبت و بازتوانی از مددجو را در منزل به‌عهده بگیرند. البته در بیشتر مراکز درمانی و بیمارستان‌ها بودجه کافی برای راه‌اندازی و اداره‌ی یک بخش مستقل با عنوان آموزش به مددجو وجود نداشته و به همین دلیل انجام این وظیفه مهم به پرستار بالینی محول می‌گردد.

پرستار محقق (Nurse Researcher).

وظیفه‌ی پرستار محقق آن است که از یکسو با انجام پژوهش و تحقیق، مشکلات و موانع موجود در ارایه‌ی مراقبت‌های پرستاری موفق را کشف نموده و از سوی دیگر با ارایه‌ی راه حل‌ها و شیوه‌های مختلف در جهت ارتقای کیفیت این مراقبت‌ها تلاش نماید. در حقیقت محققین پرستاری در دو بُعد پیشبرد دانش پرستاری و بهبود خدمات بالینی پرستاری فعالیت می‌نمایند. معمولاً پرستاران فعال در امر تحقیق افرادی دارای تحصیلات دانشگاهی بالا (کارشناسی‌ارشد یا دکترا) هستند که در مراکز تحقیقاتی خاص، دانشگاه‌ها یا بیمارستان‌های آموزشی بزرگ مشغول به کار می‌باشند. البته نباید فراموش کرد که تمامی پرستاران در سطوح مختلف در قبال ارتقای خدمات پرستاری مسؤول بوده و به همین دلیل وظیفه دارند که در فعالیت‌های پژوهشی شرکت نموده و یا به متخصصین این حوزه کمک نمایند.

چارچوب تشکیلاتی حرفه پرستاری در ایران

به‌طور کلی افرادی که در رده‌ها و حوزه‌های مختلف این حرفه فعالیت می‌کنند عبارتند از:

۱ـ معاونت بخش سلامت و پرستاری وزارت بهداشت و درمان

از یک پرستار متعهد، باتجربه و دارای مدرک تحصیلی بالا انتخاب شده که باید با مسائل و مشکلات مربوط به کار پرستاری، معضلات موجود در امر مراقبت از مددجویان، کمبودها و نیازهای پرستاران و مسائل حقوقی و حرفه‌یی شغل پرستاری کاملاً آشنا بوده، به‌طوری‌که بتواند تصویر کاملی از وضعیت پرستاری کشور را در وزارتخانه ارایه داده و با ارایه‌ی طرح‌ها و نظرات خود در جهت ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و بهبود وضعیت پرستاران تلاش نماید.

۲ـ ریاست خدمات پرستاری استان

از پرستاران باتجربه، آگاه و آشنا با مسائل پرستاری استان محل زندگی خود با حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی انتخاب می‌شود. وی وظایف سنگینی را در قبال رؤسا، پرستاران و مددجویان حوزه‌ی مسؤولیت خود به‌عهده دارد. کنترل کیفیت و کمیّت خدمات پرستاری، مدیریت منابع انسانی و جذب نیروهای جدید، ایجاد تسهیلات لازم برای آموزش دانشجویان پرستاری و کمک به دانشکده‌های پرستاری استان در این راستا، آموزش مداوم و حین خدمت پرسنل پرستاری جهت جلوگیری از افت کیفیت مراقبت‌های

پرستاری، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای کاربرد شیوه‌ها و تکنیک‌های جدید در امر مراقبت از مددجویان، دفاع از حقوق مادی و معنوی پرستاران در سازمان از جمله مهم‌ترین این وظایف محسوب می‌گردد.

۳ـ مدیر خدمات پرستاری بیمارستان

مدیر خدمات پرستاری یا مترون[1] به‌طور کلی مسؤول اداره تشکیلات و خدمات پرستاری در یک مرکز بهداشتی درمانی بزرگ یا بیمارستان می‌باشد. تحصیلات دانشگاهی حداقل در مقطع کارشناسی پرستاری، داشتن سال‌ها تجربه‌ی بالینی در امر مراقبت و پرستاری از مددجویان، داشتن قابلیت‌های ارتباطی در سطح بالا، سابقه کار در مرکز یا بیمارستان مربوطه و آشنایی با کمبودها، مشکلات و معضلات پرستاری در آن مرکز و دارابودن تجربه‌ی مدیریتی در سایر رده‌های خدمات پرستاری (مثل پرستار و سوپروایزر) از جمله معیارهای معمول برای انتخاب مترون در هر مرکزی می‌باشد. وظیفه عمده وی از یکسو نظارت عالی بر ارایه بهینه‌ی خدمات پرستاری و کار پرستاران و از سوی دیگر ارتباط، پاسخگویی و همکاری با سایر مسؤولین و مدیران سازمان می‌باشد. تصمیم‌گیری و ارایه راه حل برای رفع مشکلات موجود در کار پرستاری، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی برای پرستاران، تصمیم‌گیری در مورد نحوه توزیع نیروهای پرستاری در بخش‌ها و شیفت‌های مختلف، تعیین پرسنل خاطی و نمونه و تصمیم‌گیری در مورد شیوه‌های تنبیه یا تشویق آنان از جمله دیگر وظایف مرتبط با کار یک مدیر پرستاری می‌باشد.

٤ـ ناظر پرستاری یا سوپروایزر[2]

دومین رده‌ی مدیریت در تشکیلات پرستاری هر بیمارستان سوپروایزرها هستند که می‌توان آنان را معاونین یا جانشینان مدیر پرستاری بیمارستان محسوب کرد. این افراد در دو حیطه مشخص و با عناوین جداگانه فعالیت می‌کنند که شامل سوپروایزرهای بالینی[3] و سوپروایزرهای آموزشی[4] می‌باشند.

سوپروایزرهای بالینی پرستاران باتجربه‌یی هستند که آن‌ها را می‌توان چشم‌ها و بازوان مترون در امر نظارت بر خدمات پرستاری در حوزه‌ها و بخش‌های مختلف بیمارستان محسوب نمود. در حقیقت آنان با سرکشی مرتب به بخش‌ها، فعالیت‌های کارکنان شاغل در آن‌ها را طی شیفت‌های مختلف کنترل و با انتقال ایده‌ها و نظرات مدیریتی مترون به حسن اجرای قوانین، حل مشکلات اجتماعی در حوزه‌ی خدمات پرستاری و بهبود کیفیت مراقبت از مددجویان کمک می‌نمایند. از دیدگاهی دیگر سوپروایزرهای بالینی را می‌توان حلقه‌ی ارتباطی بین سطوح بالای مدیریتی (مترون و رئیس بیمارستان) با سطوح پایین‌تر (سرپرستاران و مسؤولین شیفت‌ها) به‌شمار آورد.

سوپروایزرهای آموزشی که به نقش و موقعیت آنان در سال‌های اخیر توجه زیادی شده است، پرستارانی تحصیل‌کرده با مدرک کارشناسی‌ارشد و بالاتر در رشته پرستاری هستند که مسؤولیت آموزش مداوم پرستاران شاغل در بیمارستان و ارتقای معلومات و مهارت آنان را به‌عهده داشته و از طریق فعالیت‌های آموزشی خود، حسن اجرا و کیفیت خدمات پرستاری در محل کار خود را تضمین می‌کنند. علاوه بر داشتن مدرک تحصیلی بالا، دارابودن تجربه کار بالینی، سوابق آموزشی و تحقیقاتی، کنجکاوی و قوه‌ی ابتکار و آگاهی از معضلات و نیازهای آموزشی پرسنل از دیگر معیارهای انتخاب سوپروایزر آموزشی به‌شمار می‌آیند. ضمناً تعیین چارچوب برنامه‌های آموزش به مددجو و بررسی روش‌های ارتقا و گسترش این برنامه‌ها نیز از جمله دیگر وظایف وی محسوب می‌گردد.

۵ ـ سرپرستار[5]

پرستار فارغ‌التحصیلی است که مسؤول یک واحد یا یک بخش از بیمارستان بوده و خط مقدم مدیریتی در کار مراقبت از مددجویان محسوب می‌شود. وی علاوه بر وظیفه‌ی نظارت و سرپرستی پرستاران زیردست خود، مستقیماً در فعالیت‌های مراقبتی از مددجویان شرکت نموده و موظف است که تمامی دستورات پزشک معالج، سوپروایزر، مترون، مدیر و رئیس بیمارستان را اجرا کرده و در صورت بروز هرگونه مشکل و تخطی پرستاران در این امور پاسخگو باشد. از آنجا که اولین قضاوت و داوری در مورد وضعیت هر بیمارستان و نحوه‌ی ارایه خدمات آن با توجه به ظاهر هر بخش، نظم و ترتیب حاکم بر آن، چگونگی برخورد پرسنل و وضعیت بهداشتی مددجویان صورت می‌گیرد، می‌توان به حساسیت و اهمیت وظایف مدیریتی سرپرستاران بیشتر پی برد. آنان می‌توانند با درایت و مدیریت خود از امکانات و پرسنل موجود بهترین بهره‌برداری را کرده و بیشترین رضایت را در بین کارکنان،

1. Metron
2. Supervisor
3. Clinical.s
4. Educational.s
5. Head Nurse

مددجویان و خانواده آنان و مسؤولین بیمارستان ایجاد نمایند. نظارت دقیق بر نظافت بخش، تقسیم‌بندی مناسب پرسنل در شیفت‌های مختلف، ایجاد انگیزه در پرسنل از طریق تشویق آنان، برنامه‌ریزی برای رفع نیازهای آموزشی پرستاران از طریق ارایه کنفرانس، سخنرانی و کلاس‌های آموزشی داخل بخش از جمله دیگر وظایف سرپرستاران به‌شمار می‌آید.

٦ـ پرستار بالینی[1]

پرستار فارغ‌التحصیلی است که مسؤولیت مستقیم نگهداری و مراقبت از مددجویان را به‌عهده دارد. وی موظف است که از آموخته‌های خود در جهت اجرای بهینه مراقبت‌های پرستاری، بهبود حال مددجویان و ارتقای سطح سلامتی آنان استفاده نماید. در این راستا، وی باید از مقررات و خطی‌مشی‌های حاکم بر سازمان پیروی نموده و با اطاعت از دستورات مدیران و مسئولان مستقیم خود (به‌خصوص سرپرستار) در جهت ارایه مطلوب خدمات پرستاری گام بردارد. اجرای اصول فرایند پرستاری شامل بررسی مددجو از طریق گرفتن شرح حال و معاینات بالینی، جمع‌آوری اطلاعات و تشخیص مشکلات، برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های بالینی، ارزشیابی اقدامات به‌عمل‌آمده و تصحیح آن‌ها اصلی‌ترین وظیفه‌ی یک پرستار بالینی به‌شمار می‌رود.

از جمله‌ی سایر وظایف او می‌توان به اداره سایر کارکنان غیرتخصصی بخش مثل بهیار، بیماربر و نظافت‌چی، برقراری ارتباط مؤثر با مددجویان و سایر همکاران، تلاش برای استفاده بهینه از وسایل و دستگاه‌های موجود در بخش و فعالیت برای کسب معلومات و مهارت‌های جدید اشاره نمود.



تصویر ۲ـ۴: نمونه‌ای از لباس‌های فرم پرستاری در ایران

1. Clinical Nurse

۷ـ بهیار و کمک‌بهیار

از جمله‌ی کارکنان غیرتخصصی تشکیلات پرستاری به‌شمار می‌روند. در دهه‌های نخست شروع حرفه پرستاری در ایران به‌دلیل کمبود پرستار فارغ‌التحصیل و تعداد کم مراکز دانشگاهی در این رشته بیشتر شاغلین این حرفه را بهیاران و کمک‌بهیاران تشکیل می‌دادند. گروه اول افرادی بودند که پس از اتمام تحصیلات سیکل (کلاس نهم یا سوم راهنمایی) وارد مدارس بهیاری شده و پس از گذراندن یک دوره‌ی ۳ ساله به اخذ دیپلم بهیاری جذب بازار کار می‌گردیدند. کمک به انجام خدمات پرستاری روتین همچون کنترل علایم حیاتی، توجهات بهداشتی، تجویز دارو، پانسمان، سونداژ، بازتوانی مددجویان و بسیاری از کارها از جمله‌ی وظایف بهیاران محسوب می‌شد. از اوایل دهه‌ی هفتاد با افزایش روزافزون مراکز دانشگاهی و فارغ‌التحصیلان رشته پرستاری، حوزه‌ی کاریِ بهیاران محدود شده و با تعطیلی کلیه‌ی مدارس بهیاری عملاً پرسنل جدیدی به این رشته اضافه نگردید. امروزه در اواخر دهه‌ی هشتاد اکثر بهیاران قدیمی بازنشسته شده و اندک پرسنل بهیاری شاغل در بیمارستان‌ها نیز در شرف بازنشستگی می‌باشند. تخمین زده می‌شود که تا نیمه دهه‌ی ۹۰ اثری از این قشر زحمتکش در تشکیلات پرستاری باقی نمانده و کلیه شاغلین حرفه پرستاری در ایران با مدرک دانشگاهی به فعالیت خود ادامه دهند.

گروه دوم یا کمک‌بهیاران افرادی بودند که به‌دلیل کمبود نیروی پرستاری در نظام بهداشتی ایران از میان دارندگان مدرک سیکل یا دیپلم انتخاب شده و پس از طی دوره‌های مقدماتی ۳ تا ۶ ماهه به‌عنوان کمک‌بهیار در بیمارستان‌ها مشغول به کار می‌شدند. هدف از جذب این گروه انجام کارهای اولیه و سطح پایین پرستاری بود که نیازی به آموزش طولانی‌مدت و کسب مهارت‌های خاص نداشت. از جمله این کارها می‌توان به مراقبت‌های بهداشتی مثل تعویض ملافه و لباس بیماران، شستشوی سر و حمام‌دادن، دادن لوله و لگن، تغییر پوزیشن افراد بستری و کنترل علایم حیاتی اشاره نمود. با پیشرفت سطح آموزش عالی و زیادشدنِ تعداد پرستاران فارغ‌التحصیل شغل کمک‌بهیاری نیز تقریباً به‌طور کامل از تشکیلات پرستاری ایران حذف شده است.

۸ـ بیماربر و تمیزکار

افراد غیرتخصصی شاغل در بخش‌ها هستند که زیر نظر سرپرستار و سایر اعضای کادر پرستاری ایفای نقش می‌کنند.

بیماربر در اموری همچون انتقال و جابه‌جایی مددجویان، رساندن انواع برگه‌های درخواست به نقاط مختلف در داخل یا خارج از بیمارستان، دریافت خون از بانک خون و تحویل آن به بخش فعالیت می‌نماید. تمیزکار یا نظافتچی نیز کلیه‌ی وظایف مربوط به نظافت بخش را انجام داده و در اموری همچون تغییر پوزیشن و جابه‌جایی مددجویان و تحویل‌گرفتن دارو و وسایل دیگر از داروخانه یا انبار به پرستاران کمک می‌کند.

حوزه‌های کاری پرستاران بالینی

پرستاران فارغ‌التحصیل پس از اتمام تحصیلات و شروع کار خود در بیمارستان‌ها با توجه به نوع خدمات درمانی ارایه‌شده و تعداد بخش‌های موجود در آن بیمارستان تقسیم‌بندی می‌شوند که مدیر پرستاری مرکز عهده‌دار این وظیفه می‌باشد. به‌رغم شباهت زیاد وظایف پرستاری در بخش‌های مختلف با توجه به ماهیت بخش و نوع مددجویان بستری در آن، تعدادی از وظایف محوله به پرستاران در یک بخش ممکن است با وظایف پرستاران شاغل در بخش دیگر متفاوت باشد. هرقدر خدمات ارایه‌شده در یک بخش درمانی اختصاصی‌تر باشد، این تفاوت نیز فاحش‌تر بوده و حالت تخصصی‌تری پیدا می‌کند. این مسأله باعث می‌شود که برای کار در تعدادی از بخش‌ها مثل CCU یا ICU پرستار ملزم گردد علاوه بر تحصیلات دانشگاهی خود، دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت یا بلندمدت دیگری را نیز بگذراند.

در این قسمت برای آشنایی دانشجویان و دیگر علاقه‌مندان این رشته به تعدادی از بخش‌ها و حوزه‌های کاری پرستاران در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی اشاره می‌گردد:

بخش جراحی عمومی[1]

معمولاً بیماران دارای مشکلات جراحی مربوط به سینه، شکم، سیستم گوارشی مثل معده و روده، مقعد و صدمات بافت نرم در این بخش بستری و درمان می‌گردند.

بخش داخلی[2]

بیماران دارای اختلالات داخلی مربوط به اعضا و ارگان‌های مختلف بدن (تنفس، گوارش، قلب و عروق، کلیه و...) در این بخش بستری می‌شوند. به‌دلیل گسترده‌بودن خدمات درمانی ارایه‌شده در بخش داخلی با توجه به نوع مشکل مددجو، در اغلب بیمارستان‌ها، بخش‌های داخلی را به زیرمجموعه‌هایی تقسیم کرده و هر دسته از مددجویان را در بخش خاصی بستری می‌نمایند. از جمله‌ی این بخش‌ها می‌توان به بخش داخلی قلب، داخلی اعصاب[3]، عفونی[4]، سرطان و خون[5]، روماتولوژی[6]، غدد[7] اشاره نمود.

بخش ارتوپدی[8]

بیماران دارای مشکلات عضلانی استخوانی مثل دررفتگی مفاصل، عفونت استخوانی (استئومیلیت[9])، تورم مفصل (آرتریت[10])، مشکلات مادرزادی همچون پاچنبری[11] و دررفتگی مفصل ران[12] و صدماتی از قبیل شکستگی استخوان و کشیدگی عضله جهت درمان طبی یا جراحی در بخش ارتوپدی بستری می‌شوند. متخصص ارتوپدی با عنوان ارتوپدیست[13] مشخص می‌گردد.

بخش جراحی اعصاب[14]

افرادی که به‌دلیل ابتلا به بیماری‌ها و صدمات مختلف سیستم اعصاب مرکزی و محیطی نیاز به عمل جراحی در نواحی مربوطه را دارند در این بخش بستری می‌گردند. از جمله‌ی این اختلالات می‌توان به دررفتگی دیسک بین مهره‌یی، تومورهای مغزی و نخاعی، کارپال تونل سندرم[15]، تخلیه هماتوم، جراحی‌های ترمیمی و... اشاره نمود.

مددجویان بخش اورژانس[16]

مددجویان دارای علایم ناگهانی و حاد با وضعیت اغلب خطرناک در بخش‌های اورژانس بستری شده و پس از دریافت درمان‌های اولیه زمانی‌که به وضعیت جسمی نسبتاً پایداری دست می‌یابند، جهت ادامه درمان به سایر بخش‌ها منتقل

1. General Surgical. Ward
2. Medial ward
3. Neurology
4. Infectious ward
5. Oncology and Hematology
6. Romatology
7. Endocrinology
8. Orthopedic
9. Osteomyelitis
10. Arthritis
11. Clubfoot
12. Congenital Hip Dislocation (CHD)
13. Orthopedist
14. Surgial Neurology
15. Carpal tunnel syndrome
16. Emergancy. Ward

می‌شوند. با توجه به نوع خدمات ارایه‌شده در هر بیمارستان، بخش‌های اورژانس نیز ممکن است به‌صورت تخصصی تنها در زمینه‌های خاصی مددجو پذیرش نمایند، مثل اورژانس قلب، اورژانس صدمات و تروما، اورژانس اعصاب، اورژانس چشم و گوش.

بخش گوش و حلق و بینی (ENT)[1]

مددجویان مبتلا به اختلالات و بیماری‌های مربوط به گوش (اوتیت[2]، ماستوئیدیت[3]) دهان و حلق (تورم غدد بزاقی[4]، تورم لوزه‌ها[5]، فارنژیت[6])، حنجره[7] (لارنژیت[8]، سرطان حنجره)، بینی و سینوس‌ها (پولیپ[9]، انحراف تیغه بینی، سینوزیت[10]) در این بخش بستری شده و مورد درمان طبی یا جراحی قرار می‌گیرند. به‌دلیل گستردگی خدمات ارایه‌شده و تعداد زیاد مددجویان مبتلا در این زمینه، در بسیاری از شهرهای بزرگ، بیمارستان‌های اختصاصی با عنوان گوش و حلق و بینی برای درمان این‌گونه مددجویان مشغول فعالیت‌اند.

بخش چشم[11]

افراد دارای مشکلات و اختلالات چشمی در این بخش بستری شده و تحت درمان قرار می‌گیرند. تعداد بیماران چشمی مانند گوش و حلق و بینی بسیار زیاد بوده و حیطه گسترده‌یی را در بر می‌گیرد. از جمله رایج‌ترین بیماری‌های چشمی می‌توان به آب مروارید[12]، گلوکوم[13]، کراتیت[14]، دکولمان رتین[15] و رتینوپاتی[16] اشاره نمود. متخصصین چشم با هر دو شیوه درمان طبی و جراحی افراد بستری‌شده در این بخش را مورد مداوا قرار می‌دهند. در شهرهای بزرگ معمولاً بیمارستان‌هایی به‌عنوان مراکز تخصصی چشم‌پزشکی وجود دارند که تنها در زمینه‌های مربوط به چشم فعالیت می‌کنند. متخصصین این رشته نیز با عنوان افتالمولوژیست شناخته می‌شوند.

1. Ear. Nose. Throat (ENT)
2. Otitis
3. Mastoiditis
4. Sialadenitis
5. Tansilitis
6. Pharygitis
7. Larynges
8. Laryngitis
9. Polyp
10. Sinusitis
11. Ophthalmology
12. Cataract
13. Glucoma
14. Keratitis
15. Retinal detachment
16. Retinopathy

بخش زنان و زایمان[17]

در کنار بخش‌های داخلی و جراحی، بخش زنان و زایمان نیز از جمله‌ی بخش‌هایی محسوب می‌گردد که وجود آن در بیمارستان‌های کوچک نیز از واجبات و اولویت‌ها محسوب می‌شود. دلیل عمده چنین اهمیتی به‌خاطر آن است که تمامی زنان باردار جهت زایمان به‌شکل طبیعی یا سزارین در این بخش بستری می‌گردند. علاوه بر آن بسیاری از اختلالات و مشکلات دوران بارداری نیز در بخش زنان و زایمان درمان می‌شوند. از جمله این اختلالات می‌توان به مسمومیت‌های حاملگی (اکلامپسی[18] و پره‌اکلامپسی)، سقط جنین[19]، حاملگی خارج رحمی[20]، جفت سر راهی[21] و... اشاره نمود. به متخصص زنان و زایمان ژنیکولوژیست گفته می‌شود.

بخش کودکان[22]

کلیه اطفال از سنین پس از تولد تا قبل از ۱۲ سالگی جهت درمان بیماری‌های شایع و اختصاصی این رده‌ی سنی در بخش کودکان بستری شده و توسط پزشک متخصص اطفال تحت مداوا قرار می‌گیرند. از جمله چنین بیماری‌هایی می‌توان به انواع اسهال[23] و استفراغ[24]، تب‌های طولانی‌مدت، فاویسم[25]، مننژیت[26]، سوء تغذیه[27]، کم‌خونی[28] و... اشاره نمود. محدوده‌ی گسترده و ماهیت متنوع این بیماری‌ها در بسیاری از موارد ایجاب می‌نماید که اطفال بستری در این بخش علاوه بر متخصص کودکان توسط سایر پزشکان نیز ویزیت گردند.

بخش نوزادان[29]

معمولاً هر بیمارستانی که دارای اتاق زایمان بوده و عمل زایمان به‌صورت طبیعی یا سزارین در آن انجام می‌شود، ضروری است که در کنار آن بخشی نیز برای بستری‌نمودن نوزادان تازه به‌دنیاآمده داشته که تا زمان ترخیص مادر، وظیفه‌ی نگهداری از نوزادش را به‌عهده بگیرد. طول مدت

17. Gynecology and Obstetric
18. Eclampsia
19. Abortion
20. Ectopic pregnancy
21. Placenta preria
22. Pediatric previa
23. Diarrhea
24. Vomiting
25. Favism
26. Meningitis
27. Mulnutrition
28. Anemia
29. Nursery

بستری‌شدن نوزادان در این بخش با توجه به عواملی همچون نارس‌بودن طفل، بروز یرقان فیزیولوژیک، ابتلا به بیماری‌های خاص یا مساعدنبودن حال عمومی مادر متفاوت بوده و ممکن است به درازا بکشد. نگهداری از نوزادان نارس در محفظه انکیباتور[1] و اشعه‌تراپی برای درمان زردی فیزیولوژیک از جمله پروسیجرهای درمانی معمول در بخش نوزادان به‌شمار می‌روند.

بخش پوست[2]

مبتلایان به بیماری‌های خاص پوست و مو که نیازمند تحت نظر بودن و درمان در بیمارستان هستند، در بخش پوست بستری و توسط پزشکان متخصص پوست (درماتولوژیست[3]) تحت درمان قرار می‌گیرند. از شایع‌ترین این‌گونه بیماری‌ها می‌توان به پسوریازیس[4]، پمفیگوس[5]، زرد زخم[6] و زونا[7] اشاره نمود.

بخش انکولوژی[8]

افزایش روزافزون تعداد مبتلایان به سرطان و پیشرفت‌های به‌عمل‌آمده در شیوه‌های درمان این‌گونه مددجویان باعث گردیده که رشته‌ی سرطان‌شناسی طی دو دهه اخیر از جایگاه ویژه‌یی در طب داخلی برخوردار شود. به‌طوری‌که امروزه پزشکان متخصص سرطان (انکولوژیست[9]) در بخش‌های ویژه‌ی انکولوژی با به‌کارگیری شیوه‌های مختلفی همچون شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و ایمونوتراپی به امر مداوا و مراقبت از بیماران دردمند سرطانی می‌پردازند.

بخش مراقبت‌های قلبی (CCU)[10]

انواع بیماران قلبی که به‌دلایل مختلف دچار کاهش برون‌ده قلبی و عوارض مختلف ناشی از آن می‌شوند در بخش CCU بستری شده و با استفاده از مانیتورینگ تحت درمان قرار می‌گیرند. شایع‌ترین موارد بستری‌شده در بخش‌های CCU شامل انواع سکته‌های قلبی (آنفارکتوس[11])، انواع آریتمی‌های خطرناک قلبی مثل تاکیکاردی بطنی[12] و بلوک‌های وخیم دهلیزی بطنی[13]، نارسایی قلب[14]، شوک کاردیوژنیک[15]، پریکاردیت[16] و آندوکاردیت[17] می‌باشند. به پزشک متخصص قلب کاردیولوژیست[18] می‌گویند.

بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)[19]

مددجویان بدحال مبتلا به بیماری‌های وخیم یا صدمات شدید که در معرض خطر مرگ قرار دارند، نیازمند مراقبت‌های دقیق و درمان‌های پیشرفته‌یی هستند که تنها از طریق کاربرد دستگاه‌های پیچیده و پرسنل بسیار مجرب امکان‌پذیر می‌باشد. چنین امکاناتی مختص بخش‌های ویژه‌یی است که تحت عنوان ICU در بیمارستان‌های بزرگ مشغول فعالیت می‌باشند. مشکلاتی همچون ضربه سر[20]، سکته‌های مغزی وخیم، شکستگی‌های چندگانه همراه با آسیب به ارگان‌های داخلی مثل ریه، قلب، کبد، طحال، مشکلات تنفس حاد و خطرناک، عوارض ناشی از کانسرهای پیشرفته و دیگر صدمات تهدیدکننده‌ی حیات از جمله مواردی هستند که نیاز به مراقبت و درمان در ICU دارند. معمولاً بخش‌های مراقبت ویژه تحت نظر یک یا چند متخصص بیهوشی آموزش‌دیده (آنستزیولوژیست[21]) اداره می‌گردند اما امروزه به‌دلیل ماهیت متنوع بیماری‌های نیازمند درمان در ICU، بخش‌های مراقبت ویژه نیز به‌صورت زیرمجموعه‌های تخصصی همچون ICU جراحی قلب، ICU اعصاب، ICU جراحی، ICU کودکان و... خدمات خود را به افراد نیازمند ارایه نموده و در همین راستا از متخصصین رشته‌های مختلف مثل قلب، جراحی، ریه، داخلی و اعصاب نیز برای درمان هرچه بهتر مددجویان کمک می‌گیرند.

1. Incubator
2. Dermatology ward
3. Dermatologist
4. Psoriasis
5. Pemphigus
6. Impetigo
7. Herps zoster
8. Oncology
9. Oncologist
10. Cardiac Care Unit (CCU)
11. Infarction
12. Ventricular Tachy cardia (VT)
13. Atrio Ventricular blocks
14. Heart Failure
15. Cardiogenic shock
16. Pericarditis
17. Endocarditis
18. Cardiologist
19. Intensive Care Unit
20. Head injury
21. Anesthesiologist

بخش دیالیز[1]

مددجویان مبتلا به نارسایی کلیوی که قابلیت ادرارسازی و دفع مواد زاید بدن خود را از طریق ادرار را از دست داده‌اند، ضروری است به‌منظور تصفیه سموم، دفع مواد زائد ناشی از متابولیسم و تنظیم الکترولیت‌های مختلفی مثل سدیم، پتاسم، کلسیم و... هرچند روز یکبار به بخش‌های دیالیز بیمارستان‌های محل سکونت خود مراجعه کرده و در آنجا طی یک بستری موقت چند ساعته با اتصال به دستگاه‌های دیالیز خون خود را تصفیه نمایند. در حقیقت دستگاه‌های دیالیز را می‌توان نوعی کلیه‌ی مصنوعی خارجی فرض نمود که خون مددجو با گردش در آن از فیلترهای خاصی عبور نموده و مواد و الکترولیت‌های زائد خود را از دست می‌دهد. متأسفانه مبتلایان به نارسایی کلیوی در صورت عدم انجام پیوند کلیه مجبورند تا آخر عمر به‌طور مرتب به بخش دیالیز و دستگاه‌های موجود درآن وابسته باشند.

بخش اورولوژی[2]

اختلالات و بیماری‌های مربوط به سیستم ادراری تناسلی در بخش اورولوژی مورد درمان قرار می‌گیرند. اعم درمان‌های انجام‌شده در بخش اورولوژی به‌صورت جراحی انجام شده و از این رو می‌توان آن را زیرمجموعه‌یی از بخش‌های جراحی محسوب نمود. بزرگ‌شدن غده پروستات (پروستاتیسم[3]) و انواع تومورهای مربوط به آن، انواع سنگ‌های کلیه و مثانه، ناهنجاری‌های مادرزادی مثل نهان بیضگی[4]، هیپوسپادیاز[5]، واریکوسل و... از جمله بیماری‌های رایج قابل درمان در بخش اورولوژی محسوب می‌گردند. به پزشک متخصص کلیه و مجاری ادراری اورولوژیست[6] خطاب می‌شود.

اتاق عمل[7]

تقریباً در همه‌ی بیمارستان‌ها حداقل یک اتاق عمل فعال وجود دارد که اعمال جراحی مربوط به اعضا و ارگان‌های مختلف بدن در آن انجام می‌شود. البته تنوع جراحی‌های انجام شده در هر بیمارستان به عوامل مختلفی همچون تعداد پزشکان متخصص در رشته‌های مختلف جراحی و امکانات و تجهیزات تخصصی موجود در آن مرکز بستگی دارد. به‌طوری‌که در بعضی از بیمارستان‌ها تنها زایمان و سزارین و اعمال جراحی عمومی انجام شده در حالی‌که در تعدادی دیگر علاوه بر آن‌ها جراحی‌های تخصصی متنوعی در زمینه‌ی مغز و اعصاب، اورولوژی، قلب، چشم، گوش و حلق و بینی و... نیز صورت می‌گیرد. به همین دلیل در اکثر بیمارستان‌های بزرگ چندین اتاق عمل فعال به‌طور هم‌زمان مشغول کار می‌باشند. پرستاران در اتاق‌های عمل نقش‌های متنوعی را ارایه می‌کنند که از آن جمله می‌توان به پرستار دستیار عمل، پرستار بیهوشی، پرستار پرفیوژنیست[8] و... اشاره نمود.

بخش آنژیوگرافی[9]

کاترگذاری در عروق مختلف و حفرات قلبی که با هدف شناسایی و درمان انسداد، ناهنجاری‌های ساختمانی مثل تنگی و نارسایی دریچه‌های قلبی، آنوریسم و... صورت می‌گیرد در پزشکی امروز از اهمیت خاصی برخوردار بوده و در بسیاری از مراکز درمانی مجهز انجام می‌شود. رایج‌ترین این‌گونه پروسیجرها، آنژیوگرافی عروق کرونر می‌باشد که به‌منظور شناسایی محل انسداد در شاخه‌های کرونری مبتلایان به دردهای آنژینی قفسه‌ی سینه و گاهی گشادکردن این نقاط از طریق بالن‌گذاری اجرا می‌گردد. مدت بستری‌شدن مددجویان در بخش آنژیوگرافی معمولاً کمتر از ۴۸ ساعت بوده و طول مدت پروسیجر نیز در حدود نیم ساعت می‌باشد.

علاوه بر بخش‌های ذکرشده پرستاران ممکن است در بسیاری از قسمت‌های دیگر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی نیز فعالیت کنند که شرح تمامی آن‌ها در این مجال نمی‌گنجد اما به‌عنوان نمونه می‌توان از بخش‌های آندوسکوپی، کلونوسکوپی، مراکز مشاوره، درمانگاه‌ها، کلینیک‌های درمانی، مطب‌های پزشکی، مراکز بهداشتی، فوریت‌های پزشکی و... نام برد.

1. Dialysis
2. Urology
3. Prostatism
4. Cryptorchism
5. Hypospadias
6. Urologist
7. Operative Room (OR)
8. Perfusionist
9. Angiography

فصل ۵

فرآیند پرستاری

بابک روزبهان

اهداف آموزشی این فصل

پس از مطالعه، انتظار می‌رود فراگیر قادر باشد

۱. فرایند پرستاری را تعریف نموده و مراحل مختلف آن را بازگو نماید.
۲. در خصوص نحوه‌ی کار در هریک از مراحل فرایند پرستاری مثال‌های عملی ارایه نماید.
۳. در خصوص مدل‌های نظری و پنداشتی حرفه‌ی پرستاری توضیحاتی ارایه کند.

فرایند پرستاری[1]، روش حل مسأله در مراقبت از مددجو است که به‌صورت پویا و انعطاف‌پذیر در شرایط مختلف توسط پرستار به‌کار گرفته می‌شود. به‌طور کلی تمامی افراد در هر شغلی که هستند از روش‌های مختلفی برای حل مسائل مربوط به شغل خود استفاده می‌نمایند. به‌عنوان مثال مکانیک اتومبیل برای شناسایی و برطرف‌کردن مشکلات یک اتومبیل به صدای موتور آن گوش داده و یا آن را می‌راند. در این مثال مکانیک نوعی فرایند را جهت تعیین مشکل و سپس تصمیم‌گیری به‌منظور ازبین‌بردن آن مشکل به‌کار می‌گیرد. کار پرستار نیز در مراقبت از مددجویان خود صرف نظر از تنوع و پیچیدگی‌های خاص آن شبیه به‌کار مکانیک می‌باشد. یعنی پرستار نیز موظف است از طرق گوناگون مشکلات مددجویان را پیدا کرده و سپس درباره‌ی نحوه برطرف‌کردن آن‌ها تصمیم بگیرد. در حقیقت فرایند پرستاری را می‌توان نوعی روش مشکل‌گشایی محسوب نمود که توسط پرستاران و با هدف برآورده‌کردن نیاز مددجویان مورد استفاده قرار می‌گیرند. در تعریفی دیگر فرایند پرستاری عبارت از فعالیت‌هایی است که در جهت حفظ حداکثر سطح سلامتی مددجویان مورد استفاده قرار می‌گیرد. واژه‌ی فرایند پرستاری در بسیاری از اوقات به اشتباه همان طرح مراقبت پرستاری معنی می‌شود. در حالی‌که این دو با یکدیگر متفاوت‌اند. فرایند یک کار فکری است که با بررسی و شناخت، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی صورت می‌گیرد. یعنی از سلسله مراحلی پیروی می‌کند که در عین شاخص‌بودن حالتی پویا و انعطاف‌پذیر داشته و در مورد افراد مختلف قابل اجرا می‌باشد. اما طرح مراقبتی برنامه نوشته‌شده‌یی است که با استفاده از فرایند پرستاری تنظیم شده و حالتی ثابت و ساکن دارد. یعنی با توجه به وضعیت فعلی مددجو نوشته شده و پس از تغییر وضعیت بیمار منسوخ می‌گردد. می‌توان این‌گونه استنباط کرد که پرستار با به‌کارگیری سیستم فرایند پرستاری طرح مراقبتی مخصوص هر مددجو را نوشته و اجرا می‌کند.

1. Nursing process

شاخص‌های اصلی فرایند پرستاری

به‌طور کلی می‌توان گفت که فرایند پرستاری دارای هفت خصوصیت و شاخص مهم می‌باشد که شامل روش‌مندی[1]، پویایی[2]، ارتباط‌گرایی[3]، انعطاف‌پذیری[4]، نظریه محوری[5]، هدفمندی[6] و جهان شمولی[7] هستند.

- روش‌مندی به معنای آن است که طرح و اجرای یک فرایند پرستاری مستلزم پیروی از یک روش خاص و قانونمند بوده و باید گام‌های مشخصی را که شامل بررسی، تشخیص، برنامه‌ریزی و ارزشیابی هستند دنبال نماید. در تمامی این گام‌ها بیمار و نیازهای او باید در مرکز توجهات پرستار قرار گیرد.
- پویایی به معنای آن است که فرایند پرستاری همواره روندی رو به جلو و پویا داشته و با توجه به شرایط در طول زمان می‌تواند دچار تغییر و بازنگری شود عامل تعیین‌کننده اصلی برای انجام این تغییرات نیز بیمار و نیازهای او هستند.
- فرایند پرستاری عملکردی ارتباط‌گرا دارد. اگر قبول کنیم که پرستاری بر محور انسان و نیازهای او شکل می‌گیرد، بالطبع مهم‌ترین ابزار پرستار برای شناخت این نیازها برقراری ارتباط با مددجو، اعضای خانواده وی و سایر اعضا کادردرمانی خواهد بود.
- قابلیت انعطاف فرایند پرستاری باعث می‌شود که بتوان آن را در وضعیت‌ها و شرایط گوناگون جهت اجرای مراقبت‌های مختلف مورد استفاده قرار داد. علاوه بر آن به‌رغم ماهیت زنجیره‌وار و گام‌به‌گامی که مراحل فرایند پرستاری داشته و باید به ترتیب و یکی پس از دیگری انجام شوند. قابلیت انعطاف‌پذیری آن باعث می‌شود که در صورت نیاز بتوان دو یا چند مرحله از آن را به‌صورت همزمان اجرا نمود.
- فرایند پرستاری یک چهارچوب تئوریک و علمی داشته که بر پایه طیف وسیعی از علوم عملی و نظری ساماندهی شده است. به‌همین دلیل مدل‌های نظری مختلفی برای انجام مراقبت‌های پرستاری ابداع شده است که امروزه مورد کاربرد وسیع محققین و مدرسین رشته پرستاری قرار می‌گیرد. (برای آشنایی بیشتر در پایان همین فصل به تعدادی از معروف‌ترین مدل‌های پرستاری موجود اشاره خواهد شد).
- فرایند پرستاری یک جریان هدفمند و نتیجه‌گرا است که برای شناخت مشکلات بیمار و ارایه راه‌حل برای حل این مشکلات سازماندهی می‌شود. اهداف تعیین‌شده در این پروسه بر پایه پیشبرد درمان، کاهش علایم و نشانه‌های بیماری، پیشگیری از بروز عوارض، اعاده سلامتی و سازش با ناتوانی‌های حاصل از بیماری تنظیم شده و حاصل تعامل مستمر پرستار و بیمار می‌باشد.
- جهان شمولی فرایند پرستاری به این معناست که قابلیت کاربرد و انطباق با هر وضعیت یا شرایطی را در محیط‌ها و فرهنگ‌های مختلف دارا بوده و هر پرستاری با آگاهی از مبانی آن به شرط آشنایی با زبان، می‌تواند فرایند تنظیم‌شده توسط پرستاران دیگر نقاط جهان را به‌راحتی درک کرده و پیگیری نماید.



تصویر ۱ ـ ۵: مراحل پنج‌گانه فرایند پرستاری

مراحل فرایند پرستاری

فرایند پرستاری پنج مرحله مشخص دارد: شامل بررسی (Assesment)، تشخیص(Diagnosis)، برنامه‌ریزی (Planning)، اجرا(Implementation) و ارزشیابی (Evaluation) است.

البته قابل ذکر است که کلمات پنج‌گانه فوق با توجه به نوع

1. Systematic
2. Dynamic
3. Interpersonal
4. Flexible
5. Theoretically Based
6. Goal-oriented
7. Uiniversally Applicable

مدل پرستاری به کار گرفته‌شده در متون مختلف ممکن است با عناوین دیگری معرفی شوند که در ماهیت تفاوت چندانی با این کلمات ندارند. به‌عنوان مثال گاهی اوقات تشخیص پرستاری به‌نام تجزیه و تحلیل پرستاری[1] و اقدامات پرستاری با عنوان مداخلات یا اعمال پرستاری[2] معرفی می‌گردند.

بررسی

منظور از بررسی جمع‌آوری منظم اطلاعات برای شناسایی وضعیت سلامتی مددجو و تشخیص مشکلات بالقوه و بالفعل مربوط به آن می‌باشد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده در این مرحله به دو دسته‌ی عینی (objective) و ذهنی (subjective) تقسیم‌بندی می‌شوند.

منظور از اطلاعات عینی، داده‌هایی است که پرستار از طریق معاینه فیزیکی یا تست‌های پاراکلینیکی به‌دست‌آمده توسط دیگر اعضای گروه بهداشتی (آزمایشات و عکس‌ها) درباره‌ی مددجو کسب می‌کند. به‌عبارت دیگر اطلاعات عینی را می‌توان داده‌هایی فرض کرد که قابل مشاهده و اندازه‌گیری از سوی اشخاص دیگر بوده و می‌توان آن‌ها را درجه‌بندی نمود. ازجمله این‌گونه اطلاعات می‌توان به صداهای غیرطبیعی قلب و ریه، ادم، برافروختگی و قرمزی پوست، رنگ‌پریدگی، بثورات جلدی، سیانوز، اسهال و استفراغ و... اشاره کرد. اطلاعات ذهنی نیز به داده‌هایی اطلاق می‌شود که تنها به‌صورت شفاهی از سوی مددجو و اعضای خانواده‌اش بیان شده و قابلیت مشاهده مستقیم و اندازه‌گیری بی‌واسطه توسط پرستار یا سایر اعضای گروه بهداشتی را ندارند. پرستاران این اطلاعات را از طریق مصاحبه، گرفتن شرح حال و بررسی اوراق موجود در پرونده یا سوابق پزشکی مددجو کسب می‌نمایند. انواع دردها، تهوع، دل‌پیچه، نفخ شکم، سرگیجه، زنگ‌زدن گوش، بی‌اشتهایی و... از جمله‌ی اطلاعات ذهنی محسوب می‌شود.

روش‌های جمع‌آوری اطلاعات در مرحله بررسی

۱. مشاهده: منظور از مشاهده تنها دیدن نبوده بلکه باید با استفاده از هر پنج حس بینایی، شنوایی، بویایی، چشایی و لامسه انجام شود. یک مشاهده خوب دارای سه رکن اصلی انتخاب، سازماندهی و مداخله می‌باشد. به‌عنوان مثال اگر پرستاری در چهره یک بیمار حالت قرمزی و گرگرفتگی مشاهده نمود بلافاصله باید آن را یک وضعیت نگران‌کننده تلقی کرده و به‌عنوان یک مشکل پرستاری مورد بررسی قرار دهد. سپس با سازماندهی علایم موجود که از طریق تفکر و استناد به موارد مشابه صورت می‌گیرد، عواملی همچون بالارفتن درجه حرارت و تب، افزایش درجه حرارت محیط، بالارفتن فشار خون فعالیت‌های بدنی و... را به‌عنوان علل احتمالی در نظر گرفته و بالاخره در مرحله آخر با اندازه‌گیری میزان دمای محیط و درجه حرارت بدن یا کنترل فشار خون و نبض بیمار هر یک از احتمالات فوق را مورد آزمون قرار دهد.

در مرحله بررسی توجه به هر یک این سه رکن به اندازه بقیه اهمیت داشته و عدم توجه به هر یک از آنها ممکن است به تشخیص‌های نادرست و غیر واقعی در مرحله بعدی منجر گردد. به‌عنوان مثال عدم توجه جدی به رنگ‌پریدگی و درد پهلو در یک بیمار لاپاراتومی[3] با این توجیه که درد پس از عمل جراحی طبیعی می‌باشد ممکن است منجر به بروز عوارضی همچون خونریزی داخلی، شوک و آمبولی شود، اشتباه رایج دیگر در این زمینه، عدم سازماندهی صحیح اطلاعات واصله می‌باشد. بدین معنا که پرستار از علایم و نشانه‌های به‌دست‌آمده برداشت اشتباه کرده و به‌دنبال آن مداخلات غیر مرتبطی را انجام دهد. مثلا پرستاری ممکن است عدم رغبت یک بیمار برای برقراری ارتباط و حرف‌زدن را ناشی از افسردگی روحی وی دانسته در حالی که علت اصلی این مسأله ضعف جسمی و خستگی شدید بیمار باشد.

در مشاغل پزشکی و پرستاری یکی از مهم‌ترین و کاربردترین اجزای مشاهده را بررسی وضعیت سلامت[4] تشکیل می‌دهد.

بررسی وضعیت سلامت در حقیقت روندی است که پرستار از طریق آن می‌تواند از عملکرد ارگان‌ها و اعضای مختلف بدن مددجویان اطلاع یافته و نحوه پاسخگویی فرد نسبت به خطرات قطعی یا احتمالی که سلامت وی را تهدید می‌کنند مورد آزمون قرار دهد. به‌عبارت دیگر بررسی وضعیت سلامت به منظور شناسایی قابلیت‌های فرد برای حفظ سلامتی و پیشبرد رفتارهای بهداشتی انجام می‌گیرد. پرستار می‌تواند این کار را به دو روش عمده انجام دهد که شامل کسب تاریخچه بهداشتی[5] و اجرای معاینات بالینی هستند.

تاریخچه بهداشتی همان اطلاعات ذهنی و عینی هستند

1. Nursing Analysis
2. Nursing intervention or Nursing Activity
3. Laparatomy
4. Health Assesment
5. Health history

که پیش‌تر در مورد آنها صحبت شده و از طریق مصاحبه یا مطالعه اوراق پرونده بیمار به‌دست می‌آیند. منظور از معاینات بالینی نیز بررسی مستقیم عملکرد اعضا و ارگان‌های بدن از طریق حواس پنج‌گانه و کاربرد وسایل و ابزارهای خاص می‌باشد.

۲. مصاحبه: مصاحبه یک مکالمه هدفمند و سازماندهی‌شده بین پرستار و بیمار و در پاره‌ای از موارد اعضای خانواده وی می‌باشد که به منظور جمع‌آوری اطلاعات و شناسایی مشکلات بیمار در مرحله بررسی به‌کار گرفته می‌شود. به‌دلیل اهمیت مصاحبه و شرح‌حال‌نویسی این عناوین در یک فصل جداگانه با عنوان اصول ارتباط با بیمار، مصاحبه و شرح‌حال‌نویسی مورد بحث قرار خواهند گرفت.

بررسی، یک فعالیت تک‌مرحله‌یی و منفرد نبوده و نیازمند آن است که با تغییر شرایط بیمار یا مددجو مرتباً تجدید شود. نوع اطلاعات جمع‌آوری‌شده نیز با توجه به اهداف مربوط به بررسی متفاوت خواهد بود. به‌عنوان مثال نوع و نحوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات در هنگام پذیرش با اطلاعات مورد نیاز در هنگام بستری‌شدن یا در زمان ترخیص مددجویان با هم متفاوت می‌باشد. نکته‌ی دیگری که پرستار نباید فراموش کند آن است که او تنها موظف به ثبت مشاهدات خود بوده و حق ندارد تفاسیر و برداشت‌های خود از وضعیت موجود را به‌عنوان اطلاعات مورد بررسی ثبت نماید. به‌عنوان مثال اگر مددجویی درد دارد پرستار تنها می‌تواند به بیقراری وی هنگام درد یا انقباض عضلات صورت و شکم اشاره کند و نوشتن جمله‌یی مانند سطح تحمل درد مددجو پایین است، در مورد چنین مددجویی صحیح نمی‌باشد. اصولاً در چنین مواردی ثبت اظهارات خود مددجو بسیار کمک‌کننده است. مثلاً وی اظهار می‌دارد که درد شدید تیز و مداوم در ربع فوقانی راست شکم خود احساس می‌کند. به گفته‌ی وی درد از ۴۸ ساعت قبل از مراجعه به بیمارستان و دقیقاً ۲ ساعت پس از خوردن یک غذای گوشتی بسیار چرب شروع شده است. خوردن آنتی‌اسید نیز هیچ‌گونه کمکی در تسکین درد وی نداشته است.

پرستار برای اطمینان از اینکه آیا تمامی اطلاعات مناسب و مورد نیاز را به‌دست آورده است یا خیر، باید از خود بپرسد آیا با اطلاعاتی که در اختیار دارد می‌تواند جواب سؤالاتی در خصوص زمان، مکان و چگونگی فعالیت عوامل مؤثر در روند بیماری فرد را به‌دست آورد یا خیر؟ همیشه باید در نظر داشت که جمع‌آوری اطلاعات نادرست، ناقص یا نامرتبط می‌تواند به شناسایی غیرصحیح نیازهای مددجویان و در نتیجه اقدامات پرستاری غیرضروری و نادرست منجر شود.

به‌عنوان یک چارچوب کلی پرستار می‌تواند در مرحله‌ی بررسی در حیطه‌های ذیل اقدام به جمع‌آوری اطلاعات نماید:

- اطلاعات بیوگرافیک شامل نام، نام‌خانوادگی، آدرس و شماره تلفن محل سکونت مددجو و حداقل یکی از اقوام نزدیک وی، مذهب، زبان، شغل، میزان درآمد، نوع بیمه و...
- تاریخچه پزشکی و سوابق بیماری‌های مددجو
- علایم و نشانه‌های بیماری فعلی و تأثیر آن بر روی ارکان زندگی بیمار
- وضعیت اجتماعی و اقتصادی مثل محل زندگی، نوع منزل مسکونی، تعداد افراد خانواده و میزان حمایت آنان از مددجو، نوع بیمه تحت پوشش، محیط شغلی و خطرات موجود در آن
- تاریخچه خانوادگی و سوابق پزشکی اعضای درجه‌ی یک خانواده
- رفتارها و عادات بهداشتی مددجو مثل میزان فعالیت‌های جسمی و ورزش، رژیم غذایی رایج روزانه از نظر میزان چربی، نمک، سبزیجات و...، اعتیاد به الکل و دخانیات، میزان خواب و...
- عملکرد سیستم‌ها و اعضای مختلف بدن و نوع وسایل کمکی مورد استفاده بیمار مثل لنز، سمعک، دندان مصنوعی، چوب زیر بغل و...

در آخرین مرحله از بررسی، پرستار با جمع‌بندی اطلاعات به‌دست‌آمده از مددجو، وضعیت فعلی او را با یک وضعیت سلامتی نرمال مقایسه نموده و از این طریق نیازها و مشکلات فعلی بیمار را تعیین می‌نماید. بدین ترتیب، پرستار وارد دومین مرحله فرایند پرستاری یعنی تشخیص می‌گردد.

تشخیص

تشخیص پرستاری نوعی قضاوت بالینی درباره نحوه پاسخ‌دهی اشخاص، خانواده‌ها و جامعه نسبت به مشکلات بالقوه یا بالفعلی می‌باشد که روند زندگی عادی آنان را دچار خطر سازد. در حقیقت تشخیص پرستاری پایه و معیاری را

برای پرستار پدید می‌آورد که توسط آن بتواند اقدامات مناسبی را برای دستیابی به نتایج مطلوب و قابل قبول پی‌ریزی نماید. داشتن تفکر منتقدانه و مهارت‌های تصمیم‌گیری دو صفت مهم برای تشخیص پرستاری صحیح از سوی پرستار محسوب می‌شوند.

پرستار به محض جمع‌آوری اطلاعات در مرحله‌ی اول، شروع به سازمان‌دهی، تجزیه و تحلیل، ترکیب و خلاصه‌سازی آن‌ها می‌نماید تا از این طریق مشکلات مددجو را شناسایی کرده و نیازهای مراقبتی وی را تعیین نمایند. تشخیص پرستاری مانند تشخیص پزشکی از یکسری برچسب‌های معین و طبقه‌بندی شده تشکیل نمی‌گردد بلکه تلاش برای شناسایی و نشانه‌گذاری پاسخ‌هایی است که افراد نسبت به مشکلات موجود یا احتمالی که روند سلامتی آنان را مختل می‌سازد بروز می‌دهند. در حقیقت پرستار باید مطمئن باشد که با تشخیص خود عکس‌العمل‌های مددجو نسبت به سلامتی یا بیماری را تشریح می‌کند، نه اینکه مانند پزشکان به بیان پاتوفیزیولوژی بیماری یا تشخیص طبی آن بپردازد. به‌عنوان مثال نارسایی مزمن انسدادی ریه (COPD)[1] نوعی تشخیص پزشکی است که با یکسری از علایم و نشانه‌های مشخص شناسایی می‌شود. اما اگر عکس‌العمل‌های فرد مبتلا نسبت به بیماری خود (مانند اضطراب، عدم تحمل فعالیت یا عدم سازش) را مدنظر قرار دهیم، به حوزه‌ی تشخیص پرستاری وارد شده‌ایم.

به‌منظور تفهیم بهتر مطلب در این قسمت با تعدادی از مواردی که جزء تشخیصات پرستاری محسوب نشده ولی اغلب با آن‌ها اشتباه گرفته می‌شود، اشاره می‌کنیم:

- توضیح شرایط پاتولوژیک پزشکی (مثلاً بیماری عروق کرونر)
- آزمون‌ها و مطالعات تشخیصی (بالابودن قند خون)
- وسایل و تجهیزات مورد استفاده در درمان (دارابودن لوله‌ی معده)
- علایم و نشانه‌های بیماری (خستگی، اسهال، استفراغ)
- انواع روش‌ها و تکنیک‌های جراحی (هیسترکتومی، آپاندکتومی)
- درمان‌ها (مراقبت از زخم بستر، پایین‌آوردن درجه حرارت)
- مشکلات مربوط به پرستاری (سخت‌بودن چرخش بیمار، مشکل در تعویض ملافه بیمار)
- نیازهای درمانی (نیاز به استراحت و خواب بیشتر)
- مشکلات مربوط به پرسنل (عدم همکاری تمیزکار یا عدم اعتماد به نفس همکاران).

روش‌های ثبت یک عبارت تشخیصی

اصولاً عبارات به‌کار گرفته‌شده، برای ثبت تشخیص‌های پرستاری زمانی مورد قبول هستند که در دو یا سه جزء نوشته شوند. یک عبارت دو جزئی هنگامی می‌تواند مقبول باشد که علایم و نشانه‌های ذکرشده در آن به‌آسانی از سوی دیگر پرستاران قابل شناسایی و درک باشند. عبارات دوجزئی بیشتر در بیان عوامل خطرساز یا مشکلات احتمالی ناشی از وضعیت مددجو به‌کار می‌روند. در این‌گونه عبارات دو محور اصلی وجود دارد که شامل برچسب تشخیصی و عوامل خطرساز یا برچسب تشخیصی و علل وابسته احتمالی می‌باشند برای مرتبط‌کردن این دو محور به هم بهتر است از کلمات «به‌واسطه‌ی» یا « در ارتباط با» استفاده نمود. مثال‌های زیر نمونه‌هایی بارز در این زمینه هستند:

- خطر بروز عفونت در ارتباط با جراحی و تضعیف سیستم ایمنی
- خطر عدم تحمل فعالیت به‌واسطه‌ی استراحت در بستر طولانی مدت
- احتمال تضعیف اعتماد به نفس در ارتباط با عوامل ناشناخته
- احتمال نقص در سازش به واسطه‌ی عوامل ناشناخته.

عبارات تشخیصی سه بخشی نیز زمانی توصیه می‌شوند که بخواهیم آن‌ها را در پروسه‌های آموزشی مورد استفاده قرار دهیم. در این موارد عبارات سه جزئی باید بر سه محور مشکل (Problem)، علت مسبب (Ethiology)، علایم و نشانه‌ها (Signs & Symptoms) نوشته شوند که به اختصار PES نامیده می‌شوند.

برچسب تشخیصی. یک عبارت مختصر درخصوص مشکلات قطعی و فعلی ناشی از بیماری مثل درد

علل وابسته. شرحی مختصر از علت احتمالی به‌وجودآورنده‌ی مشکل که در آن از عوامل وابسته یا دخیل در ایجاد مشکل صحبت شود (مثل برش جراحی، فشار موضعی یا ادم).

1. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

علایم و نشانه‌ها. فهرستی از اطلاعات عینی و ذهنی که در مرحله بررسی به‌دست آمده و پرستار را از وجود مشکل آگاه کرده است (با توجه به اظهارات شفاهی بیمار درباره‌ی مسائلی همچون درد، گوشه‌گیری، بیقرار بودن و ...).

- در هنگام تعیین مشکلات بیمار که به‌دنبال تجزیه و تحلیل اطلاعات کسب‌شده در مرحله‌ی بررسی صورت می‌گیرد، برای اطمینان از بیان صحیح مشکل بهتر است از یکسری تشخیص‌های پرستاری تعریف‌شده و استاندارد استفاده شود. فهرست‌های متعددی از این‌گونه تشخیص‌ها در منابع مختلف وجود دارد که یکی از معتبرترین آن‌ها فهرستی است که توسط انجمن تشخیص پرستاری امریکای شمالی (NADA)[1] معرفی شده و در پایان این کتاب عیناً آورده می‌شود. مهم‌ترین مزیت این‌گونه فهرست‌ها آن است که تمامی پرستاران را در سراسر دنیا وادار می‌سازد برای شناسایی، تعریف و طبقه‌بندی مشکلات مددجویان از زبان واحدی استفاده نمایند.

- در هنگام بیان یک مشکل یا تشخیص پرستاری لازم است به‌علت مسبب آن نیز اشاره شود. اشاره‌کردن به علل مسبب باعث می‌گردد که پرستار اقدامات پرستاری خود را در جهت صحیح اجرا نماید. علت را می‌توان در قالب مسائل فیزیولوژیکی، وضعیتی، روان‌شناسی عوامل وابسته به درمان و... بیان نمود. برای اشاره‌کردن به علت باید آن را بلافاصله پس از عبارت تشخیصی قرار داده و به‌منظور مرتبط ساختن آن‌ها به هم بهتر است از کلمات ربطی مثل «به‌واسطه» یا «در ارتباط با» استفاده کرد، به‌عنوان مثال می‌توانیم بگوییم: «عدم تحمل فعالیت در ارتباط با خستگی ناشی از نارسایی قلبی و احتقان ریوی». در این عبارت اشاره‌کردن به خستگی به‌عنوان علت عدم تحمل فعالیت باعث می‌شود که پرستار برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات خود را در جهت حفظ یا کم‌نمودن عامل خستگی به‌اجرا درآورد. اگر ذکر علت از تشخیص‌های پرستاری حذف شود، پرستار سردرگم شده و قادر نخواهد بود که برنامه‌ریزی مناسبی برای رفع مشکل و ازبین‌بردن عامل به‌وجود آورنده‌ی آن انجام دهد. البته اگر علت واقعی مشکل موجود معلوم نباشد، هنگام بیان یا نگارش مشکل، باید آن را به‌صورت «... در ارتباط با عوامل ناشناخته» کرد. گاهی نیز ممکن است مشکل مددجو یک علت واحد نداشته و چندین عامل در بروز آن نقش داشته باشند. در چنین مواردی نیز می‌توان چک‌لیستی از علل احتمالی موجود تهیه کرده و هنگام تعیین مشکلات مربوطه در مورد هر مددجوی خاص از آن‌ها استفاده نمود.

- علایم و نشانه‌ها که به‌عنوان مشخصه‌های معرف مشکل نیز از آن‌ها یاد می‌شود، صفات بالینی هستند که پرستار را به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به طرف تشخیص هدایت می‌کند. مشخصه‌های ماژور به علایم و نشانه‌هایی اطلاق می‌شوند که حداقل یکی از آن‌ها در تشخیص پرستاری قطعی ایفای نقش کنند. مشخصه‌های مینور نیز آن‌هایی هستند که باعث شناسایی و اثبات تشخیص‌های پرستاری احتمالی می‌شوند. در هنگام بیان‌نمودن یک تشخیص برای اشاره‌کردن به علایم و نشانه‌ها می‌توان از عباراتی همچون «که مشخص می‌گردد به‌وسیله‌ی» یا «که معلوم می‌شود به‌واسطه‌ی» استفاده نمود. برای مثال تشخیص پرستاری قبلی را می‌توان به‌صورت: عدم تحمل فعالیت در ارتباط با خستگی ناشی از نارسایی قلبی و احتقان ریوی که به‌واسطه‌ی تنگی تنفس، تنفس سطحی، ضعف، افزایش ضربان قلب حین فعالیت و همچنین اظهارات مددجو در خصوص احساس ضعف و خستگی زیاد حتی در هنگام استراحت مشخص می‌گردد. **مثال دوم:** درد در ارتباط با صدمات جراحی و التهاب و تورم ناشی از آن که به‌وسیله‌ی انقباض عضلات چهره، بیقراری و اظهار شفاهی مددجو در مورد وجود درد معلوم می‌شود. **مثال سوم:** یبوست در ارتباط با کاهش سطح فعالیت و کمبود دریافت مایعات که به واسطه‌ی سختی دفع، مدفوع سفت و کم حجم و اظهارات مددجو در خصوص اجابت مزاج هر ۴ روز یکبار مشخص می‌گردد.

قابل ذکر می‌باشد که علاوه بر عبارات دوجزئی و سه جزئی، گاهی اوقات نیز تشخیص پرستاری را با عبارات یک جزئی بیان می‌کنند. این عبارات به‌خصوص در مورد مشکلات بهداشتی و تشخیص‌هایی که باعث ارتقای سطح سلامتی در یک فرد، خانواده یا جامعه می‌گردند، به‌کار می‌روند. در این‌گونه عبارات پس از کاربرد پیشوند (امکان) یا (ظرفیت) برچسب تشخیصی مربوطه آورده می‌شود و از کاربرد علل وابسته یا علایم و نشانه‌ها صرف نظر می‌گردد. **به‌عنوان مثال:** امکان تغذیه مؤثر با شیرمادر یا ظرفیت ارتقای بهداشت دهان و دندان

1. North America Nursing Diagnosis Association (NADA)

جدول شماره ۱-۵

اشتباهات متداول در ثبت تشخیص‌های پرستاری

خطوط راهنما برای بیان صحیح مشکل	عبارت تشخیصی مبهم یا نادرست	عبارت تشخیصی صحیح
۱. مشکل مورد نظر را به‌صورت مستقیم بازگو کرده و از بیان نیازهای مددجو در آن زمینه خودداری کنید.	نیاز به جایگزینی مایع در ارتباط با افزایش درجه حرارت و تب	کاهش حجم مایعات در ارتباط با افزایش درجه حرارت و تب
۲. جملات را به‌صورت رسمی بیان کرده و از کاربرد کلمات عامیانه و غیر استاندارد خودداری کنید.	ترکخوردن پوست در ارتباط با قرارگیری نامناسب اعضای بدن	اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با بی‌حرکتی
۳. در جملات تشخیصی دوبخشی دقت کنید که هر دو قسمت جمله بیانگر یک مفهوم مشترک و مشابه نباشند.	احتمال بروز اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با زخمشدن ناحیه دنبالچه (زخمشدن پوست را نمی‌توان بهعنوان علت احتمالی اختلال در تمامیت پوستی مطرح نمود. زیرا هر دو یک مفهوم مشابه را انتقال می‌دهند)	احتمال بروز اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با بیحرکتی
۴. از بیان عباراتی که حالت قضاوت‌گونه دارد خودداری کنید.	استرس روحی در ارتباط با احساس گناه ناشی از عدم اجرای وظایف مذهبی	استرس روحی در ارتباط با ناتوانی برای انجام وظایف مذهبی ناشی از بی‌حرکتی
۵. مطمئن شوید که پاسخها و عکس‌العمل‌های مددجو نسبت به شرایط و مشکلات پیش از علل احتمالی یا وابسته بیان گردد.	کمبود آگاهی (علت احتمالی) در ارتباط با عدم رعایت رژیم غذایی (پاسخ بیمار)	عدم رعایت رژیم غذایی در ارتباط با کمبود سطح آگاهی
۶. از عباراتی استفاده کنید که بر روی اقدامات مستقل پرستاری صحه گذاشته و با تشخیص‌های پزشکی قاطی نشود.	انزوای اجتماعی در ارتباط با لارنگوکتومی[1] (پرستار هیچ دخالتی در عمل لارنگوکتومی نداشته و به‌همین دلیل یک اقدام پرستاری محسوب نمی‌شود)	انزوای اجتماعی در ارتباط با فقدان قوه تکلم (فقدان قوه تکلم مشکلی است که مرتبط با کار پرستار بوده و او می‌تواند با برنامهریزی برای تمرینات گفتاری در جهت حل آن تلاش نماید).
۷. از کلمات تشخیصی معین و دقیق استفاده کنید که برنامه ریزی برای اجرای اقدامات پرستاری را آسان سازد.	اختلال در تمامیت بافتی (غشای مخاطی دهان) در ارتباط با عوامل مضر (کلمه عوامل مضر حالتی مبهم و غیر واضح دارند)	اختلال در تمامیت بافتی (غشای مخاطی دهان) در ارتباط با کاهش بزاق ناشی از رادیوتراپی گردن
۸. جهت توضیح علل احتمالی و وابسته یا بیان پاسخ‌ها و عکس‌العمل‌های بیمار به جای کاربرد اصطلاحات پزشکی تا حد ممکن از واژه‌ها و اصطلاحات پرستاری استفاده نمایید.	احتمال بروز پنومونی (پنومونی اسم بیماری و یک اصطلاح پزشکی محسوب می‌شود) احتمال پاکسازی غیر مؤثر راههای هوایی در ارتباط با آمفیزم (آمفیزم اسم بیماری و یک اصطلاح پزشکی محسوب می‌شود).	احتمال بروز نارسایی در پاکسازی راه‌های هوایی (اصطلاح پرستاری) احتمال پاکسازی غیر مؤثر راه‌های هوایی در ارتباط با تجمع ترشحات در ریه‌ها (اصطلاح پرستاری)

1. Larengectomy

۹. عبارت مربوط به تشخیص پرستاری را با ذکر یک اقدام پرستاری شروع نکنید.	تجویز رژیم غذایی پرپروتئین بهخاطر عدم کفایت تغذیه (شروع عبارت با یک اقدام پرستاری می‌باشد).	عدم کفایت تغذیه (تغذیه کمتر از نیازهای بدن) در ارتباط با مصرف ناکافی پروتئین
۱۰. از کاربرد نشانه‌هایی همچون تهوع جهت بیان پاسخ‌های بیمار خودداری کنید (یک نشانه نمی‌تواند منعکس کننده یک الگوی مشخص باشد و نیازمند جمع‌آوری اطلاعات اضافه است)	تهوع در ارتباط با مصرف دارو	اطلاعات جمع آوری‌شده برای تشخیص کافی نیست.

برنامه‌ریزی

پس از جمع‌آوری اطلاعات و تشخیص مشکلات مددجو، در سومین مرحله از فرایند پرستاری، لازم است ابتدا مشکلات مزبور اولویت‌بندی شده و سپس نتایج مورد انتظار یا اهداف مراقبت از مددجو تعیین گردند. مجموع این دو مرحله‌ی به‌هم پیوسته را برنامه‌ریزی می‌نامند.

بهترین راه برای تعیین اولویت‌ها، مراجعه به هرم نیازهای مازلو می‌باشد. همان‌طور که قبلا نیز گفته شد، در این هرم نیازهای اولیه و اساسی انسان همچون آب و هوا و غذا در پایین‌ترین طبقه قرار داشته و پس از آن در طبقات بالاتر به ترتیب نیاز به ایمنی و امنیت، نیاز به عشق و متعلق بودن، احترام به خود و اعتماد به نفس و بالاخره نیاز به تعالی نفس جای گرفته است. پرستار با نگاه به این هرم ابتدا موظف است تلاش و همت خود را صرف مداخله برای رفع نیازهای اولیه و تهدیدکننده‌ی حیات مثل بازبودن راه هوایی، برقراری گردش خون و ضربان قلب نموده و پس از آن‌ها سایر مشکلات را همانند طبقات پنجگانه هرم اولویت‌بندی کند. نباید فراموش کرد که بهترین راهنما در اولویت‌بندی مشکلات مددجو، توجه به نظرات و خواسته‌های خود او می‌باشد. نتایج مورد انتظار را می‌توان به‌سادگی پیش‌بینی برآیند مراقبت از مددجو فرض نمود. به‌عبارتی این نتایج، اهدافی هستند که برآیند مطلوب و مورد انتظار از مراقبت مددجویان را تعیین می‌کنند. در تنظیم این نتایج یا اهداف، همانند اولویت‌بندی مشکلات باید از نقطه‌نظرات خود مددجو نیز استفاده نمود. آن‌چه مسلم است هدف غایی و نهایی کلیه‌ی مراقبت‌های پرستاری، دستیابی و حفظ بالاترین سطح سلامتی ممکن در مددجویان می‌باشد.

مراحل مختلف برنامه‌ریزی

برنامه‌ریزی پرستاری را میتون در سه مرحله انجام داد که شامل برنامه‌ریزی اولیه[1]، برنامه‌ریزی مداوم[2] و برنامه‌ریزی ترخیص[3] می‌باشد.

- منظور از برنامه‌ریزی اولیه تهیه و تنظیم یک برنامه مراقبتی ابتدایی است که توسط پرستار مسؤول پذیرش و در بدو ورود بیمار به بخش صورت می‌گیرد.

امروزه کوتاه‌شدن زمان بستری و کاهش مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌ها موجب شده است که برنامه‌ریزی اولیه از اهمیت والایی در کار پرستاری برخوردار گردد.

- برنامه‌ریزی مداوم به معنای روز آمدبودن و تجدید نظر در برنامه‌های تنظیم شده است که با توجه به دریافت اطلاعات جدید و ارزیابی پاسخ‌های بیمار نسبت به مراقبت‌های اجراشده قبلی انجام می‌شود.
- برنامه‌ریزی ترخیص نیز شامل پیش‌بینی و تنظیم برنامه برای رفع نیازهای بیمار در دوره پس از ترخیص می‌باشد.

اعم وظایف پرستار در مرحله برنامه‌ریزی شامل اولویت‌بندی تشخیص‌های پرستاری، شناسایی و ثبت اهداف، تعیین اقدامات خاص پرستاری برای دستیابی به اهداف مربوطه و ثبت برنامه‌های پرستاری مورد نظر در پرونده بیمار می‌باشد.

بلافاصله پس از اتمام مرحله بررسی پرستار باید با توجه به اطلاعات جمع‌آوری‌شده مشکلات بیمار را شناسایی کرده

1. Initial planning
2. Ongoing.P
3. Discharge.P

و سپس برحسب اهمیتی که در زندگی و سلامتی بیمار دارند آنها را تحت عنوان یک لیست اولویت‌بندی نماید. همانطور که پیش از این نیز اشاره شد بهترین ملاک و معیار برای اولویت‌بندی استفاده از هرم نیازهای مازلو بوده که در آن اولویت اول مربوط به نیازهای فیزیولوژیک است (نیاز به هوا، آب، غذا و خواب و...) و سپس در اولویت‌های بعدی به ترتیب نیاز به امنیت و آسایش خاطر، نیاز به عشق و تعلق‌داشتن، نیاز به اعتبار و عزت نفس و بالاخره نیاز به تعالی و تکامل نفس قرار دارند.

منظور از هدف‌گذاری، مشخص‌کردن قصد و نیتی است که پرستار برای حل مشکلات بیمار در ذهن دارد. در حقیقت تمامی اقدامات پرستاری به نحوی در جهت محقق‌شدن این نیت‌ها اجرایی می‌شوند. اهداف پرستاری را می‌توان در دو گروه اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت تقسیم‌بندی نمود.

منظور از اهداف کوتاه‌مدت آن دسته از اهدافی است که پرستار انتظار دارد مددجو در عرض چند ساعت تا چند روز (کمتر از یک هفته) به آنها دست یابد. اهداف درازمدت نیز تغییراتی در وضعیت سلامتی بیمار هستند که محقق‌شدن آنها به یک دوره زمانی درازمدت (بیشتر از یک هفته) نیاز دارد.

خطوط راهنما برای بیان و ثبت صحیح اهداف پرستاری

۱. جهت استنتاج و تعیین اهداف از روی تشخیص‌های پرستاری از اولین بخش عبارت تشخیصی که جهت بیان مشکلات بیمار تنظیم شده‌اند استفاده نمایید. به‌عنوان مثال در مورد تشخیص پرستاری ناتوانی در تحرک فیزیکی در ارتباط با درد می‌توانید از بخش اول عبارت یعنی ناتوانی در تحرک فیزیکی به‌عنوان مشکل بیمار استفاده کرده و هدف را بدین‌گونه بیان نمایید:

«مددجو اظهار می‌کند که تحریک فیزیکی وی افزایش یافته است»

«مثال دوم: کاهش قابلیت مراقبت از خود: ناتوانی در تغذیه به‌طور مستقل»

مشکل بیمار ⇐ ناتوانی در تغذیه

هدف ⇐ مددجو به‌تنهایی قادر به خوردن غذا می‌باشد.

۲. علاوه بر بیان نتیجه مطلوب و مورد انتظار ضروری است که هنگام بازگویی اهداف، ملاک و معیار دستیابی به آنها نیز مشخص کنید. بدین منظور پرستار باید از عباراتی استفاده کند که نحوه پاسخگویی مددجو را به‌صورت عینی، قابل اندازه‌گیری و اختصاصی بازگو نماید.

این عبارات نشان‌دهنده‌ی قابلیت تحقق اهداف مورد نظر بوده و جهت انجام ارزشیابی در مرحله آخر فرایند پرستاری مورد نیاز می‌باشند.

افزایش تعداد معیارهای مشخص‌شده برای دستیابی به نتیجه مطلوب در هر هدف، ضریب اطمینان تحقق آن هدف را افزایش می‌دهد. در اغلب منابع معتبر پرستاری ذکر ۳ تا ۶ معیار دستیابی برای هر هدف ضروری عنوان شده است. به‌عنوان مثال اگر یکی از تشخیص‌های پرستار «خطر بروز اختلال در تمامیت پوستی در ارتباط با الزام برای برای استراحت طولانی‌مدت در تخت» باشد، هدف آن بدین صورت بازگو می‌گردد «حفظ تمامیت پوستی به ویژه بر روی برجستگی‌های استخوانی» جهت تکمیل این عبارت می‌توان یکی از معیارهای دستیابی زیر را به آن اضافه کنید:

- مددجو طی دو روز روش‌های صحیح تغییر پوزیشن و جابجایی در تخت را تشریح کرده و برای جلوگیری از اعمال فشار بر روی نواحی مختلف بدن از بالش استفاده می‌نماید.
- مددجو ظرف دو روز می‌تواند حداقل در مورد دو روش کاهش فشار بر روی برجستگی‌های استخوانی توضیح دهد.
- هنگام ترخیص مددجو از بیمارستان هیچ‌گونه اثری از قرمزی و التهاب بر روی پوست وی مشاهده نمی‌شود.

قابل تذکر است که معیار دستیابی باید بلافاصله پس از ذکر هدف بازگو شده و به‌صورت متصل به‌هم تحت عنوان یک عبارت مشترک بیان شوند.

تشخیص پرستاری ⇐ کاهش دریافت مایعات در ارتباط با ضعف و کاهش میزان تحرک ناشی از سالمندی

بیان هدف ⇐ حفظ هیدراسیون مددجو که با الف) دریافت روزانه حداقل ۲۵۰۰ سی‌سی مایعات ب) متعادل‌بودن میزان دریافت و دفع مایعات از بدن ج) وجود تورگور[1] (انعطاف‌پذیری) طبیعی در پوست د) حفظ رطوبت غشاهای مخاطی طی سه روز محقق می‌گردد.

مثال دو:

تشخیص پرستاری ⇐ اجابت مزاج غیر مؤثر: یبوست در ارتباط با کاهش تحرک ناشی از استراحت پس از جراحی

بیان هدف ⇐ رفع یبوست مددجو که با الف) داشتن اجابت مزاج روزانه ب) از بین‌رفتن نفخ و کاهش احساس

1. Skin Turgor

سنگینی شکم ج) نرم‌شدن و دفع راحت مدفوع د) کم‌شدن بار زبان و کاهش دفع گاز از روده‌ها طی ۴۸ ساعت مشخص می‌گردد.

۳. هنگام بازگویی اهداف باید به چهار جزء اصلی توجه شود که شامل موضوع[1]، فعل انجام‌شده[2]، شرایط و الزامات[3] و بالاخره ضوابط یا معیارهای عملکرد مطلوب[4] هستند.

- منظور از موضوع می‌تواند شخص مددجو، یکی از قسمت‌های بدن او، یا بعضی از نشانه‌ها و شاخص‌های ویژه مثل نبض یا برون‌ده ادراری می‌باشد.
- فعل انجام‌شده یکی از اعمالی است که مددجو مکلف به انجام آنها شده است و می‌تواند یک نوع فعالیت، یادگیری ، یا تجربه خاص باشد. یکی از مشخصه‌های اصلی این افعال باید آن باشد که منعکس‌کننده رفتاری قابل مشاهده و عینی مددجو همچون اجراکردن، تشریح کردن، نشان‌دادن، قدم‌زدن، نوشیدن، گفتن، لیست‌نمودن و... باشند.
- گاهی اوقات ممکن است لازم باشد که شرایط و الزامات اجرای کار قبل از بیان فعل بازگو شوند تا بدین طریق وضعیتی که باید عمل یا رفتار مورد نظر در آن اتفاق بیفتد مشخص گردد. شرایط و الزامات در حقیقت تعیین‌کننده آن هستند که چه کاری (What)، در کجا (Where) در چه وقت (When) و چگونه (how) باید توسط مددجو انجام گیرد. به‌عنوان مثال به کمک عصا راه می‌رود.
- منظور از معیارهای عملکرد مطلوب، شاخص‌های استانداردی هستند که به کمک آنها اعمال انجام‌شده توسط مددجو ارزشیابی گردیده، یا نحوه عملکرد وی امتیازدهی می‌شود. این معیارها می‌توانند با تعیین مدت زمان، میزان سرعت، مقدار دقت، صحت، مسافت و کیفیت مشخص گردند. مثال‌های زیر نحوه بیان این معیارها را نشان می‌دهند:
- رسیدن به وزن ۷۵ کیلوگرم تا مهرماه (تعیین زمان)
- لیست‌کردن ۵ تا ۶ علامت شایع دیابت (تعیین دقت)
- سه بار دورزدن راهروی بخش طی هر روز (تعیین زمان و مسافت)

1. Subject
2. Verb
3. Condition and Modifiers
4. Criterion of desired performance

- تزریق زیرجلدی انسولین به روش استریل (تعیین کیفیت)

۴. مطمئن شوید که اهداف تعیین‌شده متناسب با تشخیص‌های پرستاری بوده و معیارهای دستیابی نیز در ارتباط با اهداف بیان گردند. این موضوع را می‌توانید با مطرح‌کردن دو سؤال زیر مشخص کنید:

اول آنکه آیا نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دهنده تحقق هدف تعیین‌شده می‌باشد یا خیر؟

دوم آنکه اگر هدف مذکور محقق گردیده آیا موجب حل‌شدن مشکل موجود در تشخیص پرستاری شده است یا خیر؟

۵. مطمئن شوید که معیارهای مربوط به سنجش اهداف با توجه به شرایط و امکانات انتخاب‌شده و متناسب با قابلیت‌های مددجو و در نظرگرفتن محدودیت‌های داخلی و خارجی تنظیم گردند. منظور از محدودیت‌های داخلی وضعیت سلامتی جسمی و روحی مددجو و قابلیت‌های انطباقی وی بوده و محدودیت‌های خارجی نیز به مسائلی همچون میزان بودجه، وسایل و ابزارهای موجود، حمایت خانواده، سرویس‌های خدمات اجتماعی مثل بیمه یا کمیته امداد و مدت زمان اشاره دارد.

به‌عنوان مثال اگر هدف پرستاری به‌صورت «مددجو قادر می‌باشد با چوب زیربغل روی سطح صاف راه رفته و از پله‌ها بالا برود» بیان شود ممکن است برای خانم مسنی که یک قالب گچی سنگین روی پا دارد، غیر واقعی به‌نظر برسد. با توجه به شرایط و محدودیت‌های موجود در این باره بهتر است هدف به‌شکل زیر تغییر یابد:

مددجو قادر می‌باشد مسافت تخت تا دستشویی را به کمک چوب زیربغل طی نماید.

۶. اطمینان پیدا کنید که اهداف و معیارهای دستیابی مربوط به آن‌ها با کارها و اقدامات تشخیصی درمانی سایر گروه‌های تخصصی (پزشک، فیزیوتراپ و...) تداخل نداشته باشد. به‌عنوان مثال اگر عبارت «افزایش میزان تحمل فعالیت مددجو که با افزایش مدت زمان خروج از تخت بیشتر از ۱۵ دقیقه در هر روز مشخص می‌گردد» را به‌عنوان هدف در نظر بگیریم. این موضوع ممکن است با دستور پزشک معالج که ۳ روز استراحت مطلق در تخت را برای مددجو تجویز نموده است منافات داشته و تداخل ایجاد نماید.

۷. در بیان اهداف دقت نمایید که هر هدف تنها از یک تشخیص پرستاری منتج شده باشد، از ذکر یک هدف با کاربرد چندگانه خودداری نمایید. به‌عنوان مثال وقتی بیان می‌شود «میزان غذای دریافتی مددجو افزایش یافته و وی قادر به خوردن غذا به‌طور مستقل می‌باشد»، این هدف منتج‌شده از دو تشخیص پرستاری متفاوت (۱. کاهش قابلیت مراقبت از خود: ناتوانی در تغذیه مستقل و ۲. تغذیه ناکافی کمتر از نیازهای بدن) بوده و نیاز به اصلاح مجدد دارد.

۸. همانطور که پیش از این هم گفته شد، هنگام ثبت معیارهای دستیابی اهداف، از عبارات کاملاً مشخص و قابل فهم استفاده کنید که قابل مشاهده و ارزیابی باشند. در این راستا لازم است که از کاربرد کلمات مبهم و دوپهلو که نیازمند تجزیه و تحلیل و قضاوت باشند، اجتناب نمایید. به‌عنوان مثال عباراتی از قبیل «افزایش فعالیت روزانه، افزایش مشارکت در فعالیت‌های بهداشتی و تقویت سطح آگاهی در مورد تغذیه» می‌توانند معانی مختلفی را به ذهن متبادر نموده و توسط اشخاص مختلف به طرق گوناگونی تفسیر شوند. به منظور روشن‌شدن جزییات هدف و ثبت صحیح معیارهای دستیابی می‌توان آنها را به‌شکل زیر تغییر داد:

ـ افزایش میزان تحمل فعالیت مددجو که با راه‌رفتن در طول راهرو بخش دوبار در هر روز مشخص می‌گردد.

ـ مشارکت در امر مراقبت از خود که با مسواک‌زدن و استحمام روزانه به‌شکل مستقل مشخص می‌شود.

ـ رعایت رژیم غذایی دیابتیک تجویزشده توسط پزشک که از طریق ارایه توضیحات در مورد میزان قند و کالری موجود در غذاهای روزانه مشخص می‌گردد.

مشخص‌کردن دستورات پرستاری

آخرین گام در مرحله برنامه‌ریزی مشخص‌نمودن اقدامات خاص پرستاری به منظور دستیابی به اهداف تعیین شده می‌باشد که به‌شکل دستورات پرستاری[1] مورد بحث قرار گرفته و ثبت می‌شوند.
منظور از دستورات پرستاری، اعمال، اقدامات و مداخلاتی است که توسط پرستار برای حل مشکلات بیمار طرح‌ریزی می‌شود. طبقه‌بندی و ثبت این دستورات باعث ایجاد نظم و اشتراک مساعی بین پرسنل پرستاری برای حل مشکلات شده و مسؤولیت پاسخگویی آنان را افزایش می‌دهد. به منظور ثبت صحیح دستورات پرستاری در یک برنامه مراقبتی به موارد زیر توجه نمایید:

- تاریخ و زمان ارایه دستورات را درج کنید.
- برای شروع دستوراز یک فعل عملی استفاده کنید. مثل: توضیح‌دادن به مددجو درباره عملکرد و شیوه تزریق انسولین یا مشورت‌کردن با پزشک درباره تمرینات حرکتی
- جزییات دستور همچون محل و چگونگی اجرای آن را مشخص نمایید. مثلا انجام بانداژ به‌شکل مارپیچ بر روی ساق پای چپ
- در صورت نیاز به تعیین زمان، آن را در دستور پرستاری لحاظ کنید. مثلاً کمک به مددجو جهت تغییر پوزیشن دو ساعته در ساعت‌های ۷ و ۹ صبح
- توصیه‌های پرستاری که به‌عنوان دستور ثبت می‌کنید. با ذکر نام و نام‌خانوادگی امضا کنید.

جهت آشنایی بیشتر با نحوه تنظیم و ثبت یک برنامه مراقبت پرستاری به مثال‌های زیر توجه کنید:

1. Nursing orders

تشخیص پرستاری	اهداف	دستورات پرستاری	معیارهای دستیابی
۱. ترس در ارتباط با کاترگذاری در قلب، احتمال جراحی قلب باز و عوارض ناشی از آن	مددجو اظهار آرامش و آسایش خاطر کرده و می‌تواند احساسات بد خود را کنترل نماید.	ـ برقراری ارتباط و افزایش اعتماد مددجو و اعضای خانواده وی ـ تشویق مددجو و اعضای خانواده وی برای بیان احساسات و نگرانیهای خود ـ ارایه توضیحات درباره نحوه کاترگذاری در قلب و وظایف مددجو قبل و پس از اجرای پروسیجر ـ تشویق مددجو برای برقراری ارتباط و همصحبتی با مددجوی دیگری که کاترگذاری یا جراحی قلب را تجربه کرده است.	ـ مددجو در مورد ترس‌ها و نگرانی‌های خاص خود با صراحت و از روی منطق صحبت می‌کند. ـ حرکات صورت، لحن صدا و حالات بدن مددجو مؤید اظهارات وی در خصوص آسایش خاطر و راحتی وی می‌باشد. ـ پس از اتمام آموزش مددجو قادر می‌باشد در مورد مراحل کاترگذاری در قلب و وظایف خود قبل و پس از انجام پروسیجر توضیح بدهد.
۲. اختلال در جریان خون محیطی پای چپ در ارتباط با عدم کفایت گردش خون شریانی	بهبود خونرسانی به پای چپ	ـ مشورت با پزشک در مورد برنامه‌های تمرینی از قبیل پیاده روی، حرکت مفاصل ران، زانو و مچ پا در محدوده حرکتی مجاز (ROM)[1] ـ استفاده از گوشی مخصوص داپلر[2] برای ارزیابی میزان جریان خون در شریان‌های پشتپایی، تیبای خلفی و پوپلیته[3] هر ۲ ساعت یکبار ـ آموزش به بیمار جهت گرم نگهداشتن پا از طریق پوشیدن جوراب‌های گرم و استفاده از منابع گرمای خارجی مثل کیف آبگرم و پتوی برقی	ـ پوست پای چپ یکپارچه، بدون زخم صورتی رنگ و مرطوب می‌باشد. ـ نبض‌های محیطی در نواحی پشت زانو، پشت پا و تیبیای خلفی به‌خوبی لمس شده و از نظر قدرت همانند نبض‌های پای راست هستند. ـ سرعت‌پرشدن مجدد بستر مویرگی در ناخن‌های پای چپ طبیعی بوده ۱ تا ۳ ثانیه زمان می‌برد.
۳. عدم تحمل فعالیت در ارتباط با تنگی نفس و کمبود انرژی ناشی از کاهش قدرت انقباضی قلب	خودداری از انجام فعالیتهایی که موجب بروز تنگی نفس و افزایش بار کاری قلب می‌شوند.	ـ تنظیم دوره‌های فعالیت و استراحت ـ ارایه توضیحات و آموزش به مددجو درباره روشهای مختلف حفظ و تقویت میزان انرژی ـ توصیه به مددجو در مورد کاهش شدت، مدت و دفعات انجام فعالیت در صورت بروز درد قفسه سینه، تنگی نفس، گیجی ، یا غیر طبیعیشدن نبض و فشار خون بهدنبال فعالیت ـ کنترل علایم حیاتی مددجو هر دو ساعت یکبار و گزارش هرگونه کاهش فشار خون افزایش ضربان قلب یا ازدیاد تعداد تنفس وی به پزشک	ـ مددجو پس از هر نوبت صرف غذا به استراحت میپردازد. ـ هیچ اثری از تنگی نفس طی فعالیت مددجو دیده نمی‌شود. ـ ضربان قلب و فشار خون مددجو در محدوده طبیعی ۸۰ عدد در دقیقه و ۱۲۵/۸۰ میلیمتر جیوه ثابت می‌ماند.

1. Range of motion
2. Dupler ultrasound
3. Popliteal pulse

چند توصیه برای تنظیم و ثبت صحیح یک برنامه مراقبت پرستاری

- تاریخ و زمان تنظیم برنامه را حتماً در قسمت بالای آن درج کنید. ذکر زمان جهت بررسی مجدد، ارزشیابی و انجام هرگونه اصلاحات در آینده ضروری می‌باشد.
- در صورت دستیابی به اهداف تعیین‌شده، یا انجام اصلاحات در آنها، مراتب را با امضاکردن یا دیگر روش‌های رایج در مؤسسه تأیید کنید.
- برای بیان نقطه نظرات و ایده‌های خود به‌جای بازگویی جملات کامل و طولانی از علایم و اختصارات شناخته‌شده و استاندارد پزشکی استفاده نمایید.
- دستورات پرستاری را برای هر هدف به‌طور جداگانه و با حفظ اولویت لیست کنید.
- جهت خلاصه‌سازی برنامه مراقبتی، به‌جای ذکر گام به گام و کامل تمامی مراحل یک پروسیجر می‌توانید آن را به کتاب‌های اصول و فنون پرستاری یا دیگر منابع اطلاعاتی موجود در این زمینه ارجاع دهید. به‌عنوان مثال می‌توانید بنویسید در این مورد به کتاب اصول و فنون عملی پرستاری، پروسیجر مراقبت از تراکئوستومی مراجعه شود.
- برنامه مراقبتی هر مددجو را با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خاص او تنظیم کنید. این کار را می‌توان با لحاظ‌کردن علایق و انتخاب‌های او در مورد زمان اجرا و روش اجرایی مراقبت‌ها در برنامه مورد نظر انجام داد. چنین کاری نشان‌دهنده‌ی احترام پرستار به فردیت مددجو بوده و احساس اعتماد به نفس و مسلط‌بودن به اوضاع را در وی تقویت می‌نماید.
- مطمئن شوید که هنگام تنظیم برنامه مراقبتی به جنبه‌های پیشگیری‌کننده آن همسان با جنبه‌های درمانی توجه کرده و این دو مرتبط با یکدیگر و مکمل هم باشند.
- هنگام تنظیم برنامه همیشه اقداماتی را در جهت انطباق مددجو با بیماری و تشریک مساعی وی در امور مراقبتی نظر بگیرید.
- هنگام تنظیم برنامه همیشه اقداماتی را در جهت ترخیص مددجو از مرکز درمانی و ادامه مراقبت‌ها در منزل طرح‌ریزی نمایید.
- برای تنظیم یک برنامه مراقبتی همه‌جانبه و دقیق از کمک و مشاوره دیگر گروه‌های حمایتی درمانی همچون پرستار بهداشت جامعه، مددکار اجتماعی، انجمن‌های خاص مثل انجمن بیماران کلیوی یا انجمن دیابت، فیزیوتراپ و... استفاده کنید.

اجـــرا

چهارمین مرحله فرایند پرستاری مرحله اجرا می‌باشد. در حقیقت مرحله اجرا را می‌توان انجام فعالیت‌هایی قلمداد کرد که پرستار توسط آنها مراقبت‌های طرح‌ریزی شده در برنامه پرستاری را جهت دستیابی به اهداف مربوطه اجرایی می‌کند. چنین فعالیت‌هایی می‌توانند دامنه گسترده‌ای داشته و تکنیک‌های مختلف پرستاری، انواع اشکال حمایت‌های روانی و عاطفی، پروسیجرهای درمانی خاص، آموزش به مددجو و اعضای خانواده وی، اقدامات پیشگیری‌کننده از عوارض احتمالی و بازتوانی را شامل گردند.

اقدامات و فعالیت‌های انجام‌شده در مرحله اجرا باید ماهیتی مستقل و مختص به حرفه پرستاری داشته باشند به‌طوری که بتوان آنها را به‌راحتی از اقدامات درمانی مربوط به حرفه پزشکی تفکیک نمود. این امر تنها زمانی محقق می‌گردد که آن را به‌صورت یکی از حلقه‌های به‌هم‌پیوسته زنجیره فرایند پرستاری به‌صورت مرتبط و در امتداد سایر حلقه‌ها یعنی بررسی، تشخیص، برنامه‌ریزی و ارزشیابی در نظر بگیریم. اگر یک اقدام مراقبتی بدون توجه به حلقه‌های پیش از خود و به‌صورت جداگانه و منفرد انجام گیرد، ماهیت مستقل خود را به‌عنوان یک کار پرستاری از دست داده و به یک دستور پزشکی یا توصیه بهداشتی ساده تبدیل می‌شود.

وظایف پرستار در مرحله اجرا شامل پیگیری روند جمع‌آوری اطلاعات و بررسی مجدد آنها، تعیین اولویت‌ها، ارایه مراقبت‌های پرستاری و ثبت فعالیت‌های انجام‌شده هستند.

هدف از بررسی مجدد، جمع‌آوری اطلاعات جدیدی است که احیاناً می‌توانند بر روی مراقبت از مددجو تأثیرگذار باشند. با کسب این اطلاعات پرستار قادر خواهد بود مشکلات جدید مددجو را شناسایی و از این طریق برنامه‌ی مراقبتی خود را اصلاح نماید. بررسی مجدد، ابزاری است که از طریق آن پرستار می‌تواند بفهمد آیا مراقبت‌های برنامه‌ریزی‌شده با توجه به شرایط فعلی مددجو هنوز اثربخش می‌باشد یا خیر؟

همان‌طور که اشاره شد تغییر مرتب شرایط مددجویان، بررسی مکرر وضعیت آنان را ضروری می‌سازد. با استناد به این حقیقت می‌توان اذعان داشت که اولویت‌بندی مشکلات

مددجویان نیز ممکن است با گذشت زمان و در راستای این تغییرات، دچار تغییر گردد. تنظیم مجدد اولویت‌ها در مرحله‌ی اجرا برپایه‌ی چند اصل صورت می‌گیرد که شامل شرایط فعلی مددجو، اطلاعات به‌دست‌آمده در بررسی مجدد، زمان و منابع قابل دسترسی برای اجرای مراقبت‌ها، عکس‌العمل مددجو و خانواده‌اش نسبت به روند درمان، نحوه‌ی همکاری و نوع ارتباط سایر اعضای گروه درمانی و بالاخره تجربیات قبلی و میزان تبحر پرستار در خصوص بررسی مددجو، تعیین مشکلات و اولویت‌بندی آن‌ها می‌باشد.

باید تأکید کرد که تنظیم اولویت‌ها به‌معنای حذف هیچ یک از آن‌ها نبوده و منظور از آن تنها جابه‌جاکردن اقداماتی است که برای مددجو انجام می‌شود. تنظیم اولویت‌ها را می‌توان هر چند دقیقه، چند ساعت، چند روز، چند هفته یا در طی دوره‌های طولانی‌تر انجام داد. معمولاً در شرایط حادی همچون ترومای چندگانه و وخیم، پرستار بخش مراقبت‌های ویژه مجبور است وظیفه‌ی تنظیم اولویت‌ها را در فواصل زمانی کوتاه مثلاً هر چند دقیقه انجام داده و مهم‌ترین اولویت‌ها را بازماندن راه هوایی[1]، تنفس مطلوب[2] و برقراری گردش خون[3] (ABC) در نظر بگیرد ولی برای یک بیماری مزمن همچون رماتیسم، پرستار ممکن است جهت مراقبت در منزل، اولویت‌های درازمدتی مثل کسب استقلال در جابه‌جاشدن از تخت به صندلی یا استقلال در رفتن به حمام را در نظر بگیرد.

پرستار در هنگام ارایه‌ی مراقبت‌ها مطابق برنامه‌ریزی خود، اقدام به انجام اعمالی می‌نماید که مشکلات مددجو را براساس اولویت‌های تعیین‌شده، رفع کرده یا به حداقل برساند. در این راستا می‌توان اعمال انجام‌شده از سوی پرستار را به سه دسته تقسیم کرد که شامل اقدامات مستقل، اقدامات غیر مستقل و وابسته و اقدامات مشترک می‌باشند.

منظور از اقدامات مستقل آن دسته از فعالیت‌هایی هستند که با توجه به دانش و مهارت‌های خاص پرستاری انجام شده و پرستار می‌تواند با تصمیم خود آنها راشروع کرده یا تغییر دهد. به‌عنوان مثال اجرای روش‌های انحراف فکر، ماساژدادن، به‌کارگیری کیف آبگرم همگی اقدامات مستقل پرستاری هستند که پرستار برای رفع مشکل درد مددجو به‌کار می‌گیرد.

اقدامات غیر مستقل به آن دسته از فعالیت‌های پرستاری اطلاق می‌گردد که یا دستور پزشک و تحت نظارت مستقیم او انجام شده، یا بر طبق دستورالعمل‌های رایج در مرکز درمانی اجرا می‌شوند.

اقدامات غیر مستقل و وابسته معمولاً ارتباط مستقیمی با بیماری مددجو داشته و نباید آنها را بی‌اهمیت تصور کرد. به هر حال وظیفه اجرای اینگونه اقدامات نیز به‌عهده پرستار بوده و وی در قبال آنها مسؤول می‌باشد. به‌عنوان مثال تجویز دارو برای کنترل درد مددجو به‌عهده پزشک بوده اما دادن دارو به بیمار و کنترل عوارض آن به‌عهده پرستار می‌باشد.

اقدامات مشترک نیز فعالیت‌هایی هستند که به‌صورت مشترک توسط پرستار و یک یا چند عضو از دیگر گروه‌های بهداشتی درمانی انجام می‌شوند. به‌عنوان مثال همکاری مشترک بین پرستار و فیزیوتراپیست را برای بهبود مهارت‌های حرکتی در یک فرد مبتلا به سکته مغزی در نظر بگیرید. فیزیوتراپ وظیفه انتخاب، برنامه‌ریزی و آموزش تمرینات حرکتی به بیمار را به‌عهده داشته و پرستار وظیفه تکرار و ارتقای آموزش و همچنین کمک به بیمار برای اجرای تمرینات را انجام می‌دهد.

محدوده‌ی اجرای هر دسته از فعالیت‌های مستقل، وابسته و مشترک و مدت زمانی که پرستار صرف آنها می‌نماید بسیار متفاوت بوده و به وضعیت بالینی بیمار بستگی دارد. به‌عنوان مثال تخمین زده می‌شود که حدود ۵۰٪ از فعالیت‌های روزانه یک پرستار صرف انجام فعالیت‌های مستقلی همچون اقدامات اولیه بهداشتی (تعویض ملافه‌ها، دهان‌شویه، حمام‌دادن و...)، کنترل علایم حیاتی، جابجاکردن بیمار، اکسیژن‌تراپی، آموزش و... می‌گردد.

البته این میزان ممکن است برای پرستارهای متخصص شاغل در بخش‌های ویژه تا ۱۰۰٪ نیز افزایش یابد.

بالاخره آخرین بخش مربوط به مرحله‌ی اجرا، ثبت فعالیت‌های انجام‌شده می‌باشد. عمل ثبت یا گزارش‌نویسی که علاوه بر مرحله‌ی اجرا، سایر مراحل فرایند پرستاری را نیز در بر می‌گیرد در برگه‌های مخصوص درون پرونده‌ی مددجو انجام می‌شود. به‌رغم مشترک‌بودن چارچوب این برگه‌ها، مؤسسات مختلف ممکن است آن‌ها را در اشکال مختلف تهیه نموده و از شیوه‌های گوناگونی برای ثبت یا چارت اقدامات انجام‌شده استفاده کنند. در مورد چگونگی ثبت اطلاعات و شیوه‌های مختلف گزارش‌نویسی در بخش‌های آتی به‌طور مفصل بحث خواهد شد.

ارزشیابی

آخرین مرحله از مراحل پنج‌گانه‌ی فرایند پرستاری مرحله‌ی

1. Airway (A)
2. Breathing (B)
3. Circulation (C)

ارزشیابی می‌باشد. ارزشیابی به‌صورت قضاوت درباره‌ی میزان کارآیی و تأثیر اقدامات پرستاری انجام‌شده در تحقق اهداف تعیین‌شده مربوط به مرحله‌ی برنامه‌ریزی تعریف می‌شود. پرستار در این مرحله، پاسخ‌های مددجو نسبت به اقدامات صورت‌گرفته را با آن‌چه که به‌عنوان پاسخ مطلوب در هنگام تعیین اهداف پیش‌بینی شده است مقایسه نموده و میزان شباهت‌ها یا تفاوت‌های آن‌ها را با یکدیگر تعیین می‌کند. سپس براساس این یافته‌ها به تقویت و گسترش پاسخ‌های مطلوب پرداخته و با بررسی مجدد، دلیل پاسخ‌های نامطلوب را پیدا کرده و با اصلاح برنامه‌های خود سعی در برطرف‌کردن آن‌ها می‌نماید.

انواع مختلف ارزشیابی

ارزشیابی‌های پرستاری را می‌توان با در نظرگرفتن اولویت‌ها یا تعدد و زمان تقسیم‌بندی نمود. براساس اولویت می‌توان آنرا به‌صورت ارزشیابی متناوب یا ساختاری[1]، ارزشیابی جریانی[2] و ارزشیابی نتایج[3] انجام داد و براساس تعدد و زمان نیز ارزشیابی متناوب یا مداوم[4]، ارزشیابی نوبتی[5] و ارزشیابی نهایی[6] قابل اجرا هستند.

ارزشیابی ساختاری: این نوع ارزشیابی بر روی وضعیت و ساختاری متمرکز می‌شود که مراقبت پرستاری مورد نظر بر پایه آن بنا شده است. در حقیقت ارزشیابی ساختار، تأثیر خصوصیات سازمانی بر روی کیفیت مراقبت‌های ارایه‌شده را به ما نشان می‌دهد. انجام این ارزشیابی نیازمند دسترسی به اطلاعاتی درباره سیاست‌های سازمان، روش‌های کاری، منابع مالی، امکانات و ابزارهای فیزیکی و وضعیت پرسنلی می‌باشد.

ارزشیابی جریانی: این ارزشیابی بر روش و شیوه‌ای که مراقبت‌های پرستاری براساس آن انجام می‌شوند تکیه دارد. ارزشیابی جریانی نشان می‌دهد که آیا مراقبت‌های ارایه‌شده، با نیازهای بیمار تطابق داشته و آیا به‌شکل کامل در زمان تعیین‌شده به اتمام رسیده است یا خیر؟

ارزشیابی نتایج: منظور از ارزشیابی نتایج بررسی تغییرات قابل توضیح و قابل اندازه‌گیری در وضعیت سلامت مددجو می‌باشد که در نتیجه مراقبت‌های پرستاری ارایه شده به‌وجود می‌آید.

ارزشیابی مداوم: این نوع ارزشیابی در مورد اقداماتی صورت می‌گیرد که بلافاصله پس از ارزشیابی قبلی و در جهت اصلاح یا تغییر یک برنامه مراقبتی خاص انجام گرفته‌اند. همچنین آن را می‌توان بلافاصله پس از تماس پرستار با بیمار و دستیابی به اطلاعات جدید درباره وضعیت وی نیز انجام داد.

ارزشیابی نوبتی: این ارزشیابی به‌شکل دوره‌ای در مواقع خاصی صورت می‌گیرد و توسط آن پرستار قادر می‌شود از روند پیشرفت برنامه مراقبتی و میزان دستیابی به اهداف پیش‌بینی‌شده اطلاع یابد. در حقیقت پرستار از طریق ارزشیابی نوبتی می‌تواند میزان نیاز برنامه مراقبتی به تغییر و اصلاح را تشخیص داده و در این راستا گام بردارد.

ارزشیابی نهایی: این نوع ارزشیابی نیز به منظور مشخص‌کردن وضعیت مددجو در انتهای دوره بستری در بیمارستان انجام شده و میزان دستیابی به اهداف اولیه را در زمان ترخیص به پرستار نشان می‌دهد. بسیاری از بیمارستان‌ها فرم‌های خاصی را برای ارزشیابی نهایی در زمان ترخیص در اختیار دارند که حاوی دستورالعمل‌هایی در زمینه نحوه مصرف دارو، نحوه پیگیری درمان و چگونگی مراقبت از خود توسط بیمار می‌باشند.

مراحل مختلف ارزشیابی

فرایند ارزشیابی از شش جزء یا گام تشکیل شده است که به ترتیب شامل موارد زیر می‌باشند:

۱. شناسایی معیارهایی برای ارزیابی نتایج که می‌توان آنها را استانداردهایی برای اندازه‌گیری میزان موفقیت قلمداد کرد.

۲. جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با معیارهای ارزیابی نتایج

۳. مقایسه اطلاعات جمع‌آوری‌شده با معیارهای تعیین‌شده در مرحله اول و قضاوت در مورد میزان موفقیت در دستیابی به اهداف مربوطه

۴. مرتبط‌کردن اقدامات پرستاری با نتایج به‌دست‌آمده

۵. آزمودن مجدد برنامه مراقبت پرستاری

۶. ایجاد تغییر و انجام اصلاحات در برنامه مراقبت پرستاری

1. Structure Evaluation
2. Process.E
3. Out come.E
4. Ongoing.E
5. Intermittent.E
6. Terminal.E

۱) شناسایی معیار برای ارزیابی نتایج به منظور بررسی پاسخ‌های مددجو به اقدامات پرستاری مورد نظر پرستار می‌باشد. این معیارها از یک سو انواع اطلاعات مورد نیاز برای ارزشیابی را مشخص کرده و از سوی دیگر استانداردهایی را برای قضاوت در مورد این اطلاعات در اختیار پرستار قرار می‌دهند. معیارهای تعیین‌شده در این مرحله باید کاملاً روشن و دقیق و قابل اندازه‌گیری بوده تا بتوانند به‌عنوان یک راهنما برای انجام مرحله بعدی یعنی جمع‌آوری معیارهای ارزیابی مورد استفاده قرار گیرند.

۲) در این مرحله از ارزشیابی جمع‌آوری اطلاعات به این منظور صورت می‌گیرد که پرستار بفهمد نتایج به‌دست‌آمده تا چه حد به اهداف تعیین‌شده مرتبط بوده و میزان موفقیت وی در دستیابی به اهداف مزبور در چه حد می‌باشد، پرستار می‌تواند همانند مرحله بررسی این اطلاعات را از طریق مشاهده، مصاحبه یا مراجعه به گزارش‌های دیگر گروه‌های درمانی به‌دست آورد. به‌طور مشابه این اطلاعات نیز ممکن است ماهیتی عینی یا ذهنی داشته باشند.

مثال ۱:
مددجو پس از راه‌رفتن در مسیر راهرو بخش دچار افزایش تعداد تنفس به میزان ۱۲ تا ۱۶ عدد در دقیقه و افزایش ضربان قلب به میزان ۷۰ تا ۹۰ عدد در دقیقه می‌گردد (اطلاعات عینی)

مثال ۲:
مددجو پس از راه‌رفتن در مسیر راهرو بخش از بروز درد در قفسه سینه و حالت سرگیجه شکایت می‌کند (اطلاعات ذهنی)
اطلاعات به‌دست‌آمده در این مرحله باید به‌دقت و به‌طور مستقیم توسط پرستار ثبت شوند تا بتوانند پرستار را آماده ورود به مرحله سوم ارزشیابی یعنی قضاوت در مورد میزان دستیابی به اهداف نمایند.

۳) قضاوت در مورد میزان دستیابی به اهداف از طریق مقایسه اطلاعات به‌دست‌آمده در مرحله دوم با معیارهای استاندارد شناسایی شده در مرحله اول امکان‌پذیر می‌گردد. به‌طور کلی می‌توان سه وضعیت مختلف را در مورد دستیابی به اهداف مشخص نمود:

- اهداف تعیین‌شده به‌طور کامل برآورده شده و پاسخ مورد انتظار از طرف مددجو مشاهده گردیده است.
- قسمتی از اهداف شامل اهداف کوتاه‌مدت برآورده شده اما هنوز اهداف بلندمدت محقق نگردیده است. یا اینکه دستیابی به بخشی از اهداف نه تمامی آنها عملی گردیده است.
- هیچ یک از اهداف تعیین‌شده محقق نگردیده است.

۴) چهارمین گام ارزشیابی به این نکته منعطف می‌شود که آیا اقدامات پرستاری انجام‌شده هیچ‌گونه ارتباطی با نتایج به‌دست‌آمده داشته‌اند یا خیر؟
به‌عنوان مثال اگر در برنامه مراقبتی یک مددجوی چاق مبتلا به دیابت یکی از اهداف تعیین‌شده کاهش وزن به میزان ۲ کیلوگرم طی یک هفته تا تاریخ مشخصی باشد، در صورتی که پس از اتمام این مدت توزین مددجو کاهش ۳ کیلوگرمی در وزن مددجو را نشان دهد، به‌راحتی می‌توان تصور کرد که این موفقیت فراتر از حد انتظار تنها نتیجه آموزش‌های پرستار در مورد نوع و نحوه مصرف غذاهای پرکالری بوده است.

با این وجود قبل از هر گونه نتیجه‌گیری پرستار باید اطلاعات دیگری را در زمینه این کاهش وزن به‌دست آورده و تمامی حالات ممکن در این رابطه را مورد بررسی قرار دهد.

مثلاً: ۱. مددجو با تنظیم دقیق برنامه غذایی و مصرف غذاهای کم‌کالری میزان دریافت کالری را در حد روزانه ۹۰۰ کیلوکالری ثابت نگه داشته است.

۲. مددجو به‌رغم تنظیم برنامه غذایی برای دریافت روزانه ۹۰۰ کیلوکالری قادر به تهیه غذاهای کم‌کالری متناسب با برنامه نشده است.

۳. مددجو نحوه تنظیم یک رژیم غذایی کم‌کالری جهت دریافت روزانه ۹۰۰ کیلوکالری را درک نکرده و تلاشی در این مورد به خرج نداده است. از بین ۳ حالت فرضی فوق تنها در حال اول است که پرستار می‌تواند کاهش وزن مددجو را نتیجه آموزش‌های خود فرض کرده و قضاوت در مورد دستیابی به هدف مذکور را مثبت تلقی نماید.

ولی در حالت‌های دیگر حتی در صورت کاهش‌یافتن وزن مددجو پرستار نمی‌تواند برنامه مراقبتی تنظیم‌شده در این زمینه را در نیل به هدف مذکور موفق بپندارد. در این حالات پرستار موظف است با بررسی مجدد، علل احتمالی این عدم موفقیت را پیدا کرده و برنامه خود را اصلاح نماید. این کار طی مرحله بعدی (پنجم) ارزشیابی یعنی آزمون مجدد برنامه مراقبت پرستاری صورت می‌گیرد.

۵) آزمون مجدد برنامه مراقبت پرستاری یک واکنش ضروری جهت آگاهی‌یافتن از میزان تأثیر اقدامات انجام‌شده در پیشگیری، کاهش یا حل مشکلات مددجو می‌باشد. در حقیقت پرستار با پایش همه‌جانبه و مکرر اجزای برنامه میزان موفقیت خود در تحقق به اهداف را محک میزند. این کار تنها از طریق تفکر و استدلال مستمر و ویرایش مکرر برنامه‌ها از سوی پرستار امکان‌پذیر می‌گردد.

در هر نوبت آزمون یک برنامه، پرستار ممکن است با دو حالت تحقق یا عدم تحقق اهداف روبرو شود.

در صورت برخورد با حالت اول یعنی محقق‌شدن هدف، پرستار می‌تواند یکی از تصمیمات زیر را اتخاذ نماید:

الف) مشکل تعریف‌شده برای آن هدف را حل‌شده تلقی کره و از ادامه‌دادن برنامه مراقبتی برای آن صرف‌نظر نماید.

ب) به‌رغم دستیابی به هدف، مشکل تعریف‌شده برای آن را متداوم و دنباله‌دار فرض کرده و اقدامات پرستاری انجام‌شده برای حل آن را به‌شکل مستمر ادامه دهد.

به‌عنوان مثال اگر هدف اولیه «دریافت روزانه ۳۰۰ سی‌سی مایعات توسط مددجو» عنوان شده و کنترل جذب و دفع مایعات توسط پرستار تاییدکننده دریافت متناسب مقادیر مذکور باشد، به‌رغم محقق‌نشدن هدف، تداوم آن نیازمند پیگیری مستمر برنامه تنظیم‌شده از سوی پرستار خواهد بود.

در حالت دوم یعنی محقق‌نشدن کامل یا نسبی هدف تنها روش قابل قبول بررسی و پایش مجدد اطلاعات پایه، شناسایی و اعلام تشخیص‌های پرستاری جدید، ویرایش و بازگویی مجدد اهداف و بالاخره تدوین و اجرای برنامه‌های اصلاحی می‌باشد که به‌عنوان آخرین مرحله ارزشیابی (مرحله ششم) اجرا خواهد گردید.

۶ در صورتی که طی مراحل پنج‌گانه پیشین ارزشیابی مشخص گردید که برنامه مراقبت پرستاری نیازمند بازبینی و انجام اصلاحات می‌باشد پرستار می‌تواند این کار را در پنج گام عملی نماید:

گام اول: بررسی مجدد به منظور دستیابی به اطلاعات جدید و ثبت آنها در فرم‌های مربوطه (جهت تفکیک اطلاعات جدید و قدیم می‌توان آنها را تحت یک عنوان خاص یا با یک رنگ متفاوت ثبت نمود).

گام دوم: تجدید نظر در تشخیص‌های پرستاری بر پایه اطلاعات جدید و ثبت این تغییرات با ذکر تاریخ

گام سوم: تجدید نظر در اولویت‌ها، اهداف و معیارهای دستیابی به نتایج که باید با توجه به تشخیص‌های پرستاری اصلاح‌شده صورت گیرد. (همانند سایر موارد لازم است که تمامی اصلاحات با ذکر تاریخ ثبت شوند).

گام چهارم: تبیین و تدوین برنامه‌های مراقبتی جدید در ارتباط با تشخیص‌های جدید پرستاری که ممکن است در راستای ایجاد تغییر در شرح وظایف، افزایش یا کاهش دخالت مددجو در اجرای مراقبت‌ها، بهره‌گیری بیشتر از خدمات سایر گروه‌ها، افزایش یا کاهش دوره‌های فعالیت یا استراحت مددجو و... صورت گیرد.

گام پنجم: تغییر و اصلاح معیارهای دستیابی به نتایج که در امتداد و مکمل سایر تغییرات ایجادشده در برنامه مراقبت پرستاری انجام شود.

تمامی این تغییرات باید به نحوی انجام شوند که رسیدن به سطح مطلوب سلامتی را در مددجو تضمین نمایند.

به‌رغم آن‌که ارزشیابی به‌عنوان یک مرحله‌ی جدا و مستقل در روند فرایند پرستاری محسوب می‌شود ولی همان‌طور که از تصویر ابتدای این فصل نیز برمی‌آید، شروع هر مرحله‌ی جدید از پروسه‌ی فرایند پرستاری بدون قضاوت و ارزشیابی در مورد اقدامات انجام‌شده در مرحله‌ی قبل امکان‌پذیر نمی‌باشد. مثلاً پرستار هنگام تشخیص و تعیین مشکلات باید در مورد اطلاعات به‌دست‌آمده در مرحله‌ی بررسی قضاوت نموده و پس از تجزیه و تحلیل و ارزشیابی آن‌ها، مشکلات مددجو را مشخص کند. در مرحله‌ی برنامه‌ریزی وی باید مشکلات مزبور را ارزشیابی و با توجه به وضعیت مددجو آن‌ها را اولویت‌بندی کند. در مرحله اجرا همان‌طور که قبلاً اشاره شد پرستار موظف است مرتباً مددجو را بررسی نموده و با ارزشیابی پاسخ‌های وی به تقویت یا اصلاح اقدامات خود بپردازد. بنابراین می‌توان ارزشیابی را به‌عنوان حلقه‌ی مرکزی فرض کرد که سایر حلقه‌های چهارگانه فرایند پرستاری را به‌هم متصل می‌سازد. از طریق ارزشیابی، پرستار می‌تواند هرگونه اشتباهی را که ممکن است در مراحل قبل اتفاق افتاده باشد، شناسایی کرده و اصلاح نماید.

دو مثال از نحوه ارزشیابی مراقبت‌های پرستاری

مثال اول

تشخیص پرستاری. اختلال در بلع در ارتباط با مشکلات عصبی عضلانی.

هدف تعیین‌شده. بیمار قادر خواهد بود شیوه‌های صحیح خوردن غذا را به‌منظور دستیابی به حداکثر قدرت بلع تشریح نماید.

اطلاعات ذهنی. بیمار اظهار می‌کند که پس از خوردن غذا نیم‌ساعت روی صندلی صاف می‌نشیند.

اطلاعات عینی. بیمار نرمش عضلات صورت را به‌طور مرتب انجام می‌دهد. در موقع خوردن غذا سرش را به طرف جلو خم می‌کند. پس از خوردن غذا داخل دهانش را از نظر باقی‌ماندن تکه‌های غذا بررسی می‌نماید. تا نیم‌ساعت پس از خوردن غذا به‌طور عمودی روی صندلی می‌نشیند. موقع خوابیدن به‌صورت یک‌طرفه در تخت دراز می‌کشد.

قضاوت انجام‌شده. دستیابی کامل به هدف تعیین‌شده.

مثال دوم

تشخیص پرستاری. عدم وجود اعتماد به نفس مزمن در ارتباط با ضعف جسمانی و روانی ناشی از بیماری.

هدف تعیین‌شده. مددجو قادر خواهد بود که در جلسات گروه درمانی با دیگران محاوره نماید.

اطلاعات ذهنی. مددجو اظهار می‌کند وقتی در حضور دیگران صحبت می‌کند، احساس ناراحتی می‌نماید.

اطلاعات عینی. مددجو در جلسات گروه‌درمانی در گوشه‌یی نشسته، به سقف چشم دوخته و از شرکت در بحث‌های گروهی امتناع می‌کند.

قضاوت انجام‌شده. هدف تعیین‌شده کاملاً شکست خورده است.

مدل‌های نظری و پنداشتی در پرستاری

نظریه‌ها یا مدل‌های پنداشتی الگوهایی هستند که برای توضیح پدیده‌یی به‌نام پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرند. مدل‌ها به شناخت هرچه بیشتر پدیده‌ی پرستاری کمک کرده و بر شیوه‌ی ارایه خدمات پرستاری تأکید دارند. با بهره‌گیری از مدل‌ها می‌توان دریافت که پرستاران چگونه می‌توانند در امر مراقبت از مددجویان مؤثر واقع شوند. آن‌ها همچنین به پرستاران کمک می‌کنند تا اعتقادات افراد را درباره‌ی سلامت و بیماری بررسی نموده و راه‌های کسب سلامتی یا سازش با بیماری را برای آنان مشخص سازد. در حقیقت فرایند پرستاری که روش مراقبت از مددجو می‌باشد در قالب چارچوب ادراکی خاصی صورت می‌گیرد که آن را مدل پنداشتی می‌نامند.

پرستاران با توجه به موقعیت‌های مختلف بالینی، محیط و فرهنگ حاکم بر آن، نیازهای مددجویان و نوع خدمات ارایه‌شده، چارچوب کلی کار یا نوع مدل پنداشتی مورد نیاز خود را انتخاب کرده و با تکیه بر آن مراقبت‌های لازم را ارایه می‌دهند.

چهار مفهوم اساسی و متداول در تمامی تئوری‌های پرستاری وجود دارد که تا حدود زیادی محوریت و مرکزیت مراقبت‌های پرستاری را تعیین می‌کند. این مفاهیم عبارتند از: (۱) فرد (۲) محیط (۳) سلامتی و (۴) پرستاری.

نحوه‌ی استنباط و نوع تعریفی که در هریک از تئوری‌های شناخته‌شده‌ی پرستاری از این مفاهیم چهارگانه وجود دارد، اساس تفاوت بین آن‌ها را تشکیل می‌دهد. در ادامه به تعدادی از معروف‌ترین مدل‌های تئوریک پرستاری اشاره می‌شود:

مدل کنترل محیطی

فلورانس نایتینگل را می‌توان پایه‌گذار تئوری در پرستاری محسوب نمود. نایتینگل هم بر جنبه‌های مراقبتی از مددجویان تأکید داشت و هم بر جنبه‌های پیشگیری‌کننده از بیماری که آن را پرستاری بهداشت می‌نامیم. وی نقش پرستاران را این‌گونه تفسیر می‌کرد که: آنان موظف‌اند فرد را در بهترین وضعیت ممکن که قادر به فعالیت باشد قرار دهند و بهترین راه دستیابی به این هدف را کنترل و دستکاری در محیط اطراف مددجو می‌دانست. او معتقد بود که پرستار باید محیط زندگی مددجو را مرکز بررسی و شناخت و تدابیر پرستاری خود قرار دهد. در حقیقت نایتینگل اولین کسی بود که واژه‌ی اتونومی[1] را که به‌معنی استقلال و خود حکمرانی در اعمال می‌باشد، در حرفه‌ی پرستاری به‌کار برد، همان چیزی که هدف اصلی هر نظریه یا مدل بهداشتی را تشکیل می‌دهد.

1. Autonomy